FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Engel-Pierre MÉRAT

Né à Vendeuvre-sur-Barse, le 15 mars 1894
Interne des Hôpitaux de Paris
Croix de guerre

SALPINGITE ET GESTATION

Président : M. COUVELAIRE, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1925

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	N...
Clinique médicale	GILBERT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA. . .	Histologie.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
BUSQUET. . .	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY. . .	Histologie.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
L. de JONG . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.	
HOVELACQUE .	Anatomie.
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER. .	Obstétrique.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEMIERRE . .	Pathologie médicale.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU· · .	Pathologie chirurgicale.
METZGER . .	Obstétrique.
MOCQUOT . .	Pathologie chirurgicale.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
RIBIERRE. . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils.	Physiologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VERNE. . . .	Histologie.
VILLARET . .	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	LÉRI	Clinique médicale
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	LŒPER . . .	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.	RATHERY . .	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie
CHAILLAY BERT	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MON BEAU-PÈRE

LE Dr FERNAND DEBRET

Ancien interne pr. des Hôpitaux de Paris

A MON AMI

LE Dr JEAN BILLARD

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris
Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine de Reims

A MES MAITRES PENDANT LA GUERRE

1914-1915. 69e Régiment d'infanterie, Dr NIVIÈRE

1916-1917. 37e Régiment d'Infanterie, Dr CROS.

1917-1918. Régiment de Tirailleurs Marocains, Dr LEDOUX.

1918. Auto-chir. Russe, no 1. Professeur agrégé TANTON (*in memoriam*), Dr DE NABIAS.

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

1912-1913. M. le Dr HUGUIER
M. le Dr RIGOLLOT-SIMONNOT (*in memoriam*).
1913-1914. M. le Professeur DELBET.
M. le Professeur LEGUEU.
1919. M. le Dr CLAISSE.

Externat

1920-1921. M. le Dr MICHEL.
1921-1922. M. le Dr LAUBRY

Internat

1922. M. le Dr CHEVRIER.
1922-1923. M. le Dr CATHALA.
1923-1924. M. le Professeur J.-L. FAURE.
1924-1925. M. le Dr LÉVY-SOLAL.
1925-1926. M. le Dr BAUDET.

A TOUS MES MAITRES
ET A
MM. JEAN BERGER, CHARRIER, ROLLAND

A MON MAITRE

LÉVY-SOLAL

Professeur agrégé à la Faculté
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'honneur

Profonde gratitude.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. Le Professeur COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Chevalier de la Légion d'honneur

Respectueux remerciements.

SALPINGITE ET GESTATION

INTRODUCTION

Les traités modernes d'obstétrique passent cette question sous silence. Ils envisagent toutes les maladies possibles de l'appareil génital pendant la gestation, mais ignorent la coexistence des salpingites et de l'état gravidique. Ils étudient bien certaines déformations plus ou moins réductibles de l'utérus gravide fixé par des adhérences, mais n'établissent pas nettement les relations de cause à effet entre les salpingites anciennes et ces déformations. Quant aux salpingites aiguës, ils n'en parlent pas. Seuls Forgue et Massabuau dans leur *Traité de Gynécologie*, écrivent à propos des complications des pyosalpinx : « La grossesse et surtout l'acouchement favorisent la rupture. Celle-ci se produit surtout après l'accouchement quand l'utérus revient rapidement sur lui-même et que les adhérences n'ont pas une élasticité suffisante pour permettre à la trompe de suivre la matrice. »

D'autre part à propos de la tuberculose annexielle, ils ajoutent : « Pendant la grossesse, l'évolution des lésions annexielle est activée. Après l'accouchement

la généralisation tuberculeuse peutprendre une allure aiguë semblable à une infection puerpérale grave. »

* *
* *

Assurément, annexite et grossesse forment une association paradoxale puisqu'annexite fait penser immédiatement à obstruction tubaire d'où stérilité. En effet, l'association est rare mais elle existe. Les lésions peuvent être unilatérales et la fécondation peut utiliser le côté sain. D'autre part la guérison d'une salpingite est possible et l'insufflation tubaire a bien permis de vérifier le retour à la perméabilité des trompes restées longtemps enflammées.

La gestation est donc possible malgré ces lésions, plus ou moins anciennes. Mais la guérison n'est pas toujours complète, et rarement la *restitutio ad integrum* est survenue. Qu'il s'agisse d'adhérences fixant l'utérus en position vicieuse, qu'il s'agisse d'un foyer infectieux incomplètement éteint, les complications mécaniques ou infectieuses peuvent venir troubler la gestation dès les premiers mois.

Et nous pouvons distinguer dès maintenant parmi les gestations survenant après salpingites, les lésions chroniques amenant les complications mécaniques, et les poussées aiguës amenant les complications infectieuses.

HISTORIQUE

Les accoucheurs anciens avaient observé avec soin les associations de gestation et salpingite. Ils savaient que les inflammations péri-utérines peuvent compliquer la grossesse et l'accouchement.

Baudelocque et M. Lachapelle croyaient aux hémorragies dues à la rupture d'adhérences anciennes. M. Boivin y voyait surtout une cause d'avortement.

Plus récemment, Bernutz et Goupil, dans les cliniques médicales sur les maladies des femmes, Pinard et Varnier étudiaient les complications amenées par les adhérences péri-utérines anciennes, et plus tard Blanc, les complications par rupture des pyosalpinx.

Enfin plusieurs travaux ont résumé la question dans ces vingt dernières années. Le plus récent est celui de Brindeau, de 1917. Brindeau développait ses conclusions d'après une statistique de 93 cas rencontrés dans toute la littérature médicale. Depuis son travail, il a publié quelques observations que nous reproduisons et qui sont parues dans deux thèses de ses élèves.

Enfin l'association tuberculose génitale et gestation fut étudiée récemment par Feuillade dans sa thèse de 1924, inspirée par son maître, Fruhinsholz.

Nous publions 40 observations. Ce sont celles que nous avons trouvées à la clinique Baudelocque depuis 1902 et celles qui parurent dans la littérature médicale depuis le mémoire de Brindeau. Seules, les observations de salpingite tuberculeuse ne sont pas mentionnées. On les trouvera au complet dans la thèse de Feuillade. Nous n'en avons extrait que les observations de Heully et de Fruhinsholz qui sont particulièrement instructives.

ETIOLOGIE

Fréquence générale de la gestation après salpingite. — Il est impossible de fonder une statistique sur les cas publiés par chacun et recueillis dans la littérature.

Seules furent publiées les observations jugées d'un certain intérêt. Les pyosalpinx extirpés ou drainés, qui guérissent ; les péritonites généralisées mortelles au cours d'une grossesse d'apparence normale. Tous ces cas frappèrent l'imagination des observateurs et furent reproduits, mais les autres ? Les cas simples ; Les grossesses après salpingite qui évoluèrent sans bruit, sans complications ; les grossesses douloureuses mais qui allèrent à terme. Toutes celles-là existent cependant, puisque nous en avons rencontré un nombre plus grand que de grossesses très compliquées.

Etablir une statistique est impossible. Dans une grande maternité parisienne, n'entrent pas toutes les grossesses au début, qui sont dirigées sur les services de chirurgie. Or combien y a-t-il de femmes qui, ayant un retard de règles de deux ou trois mois, qui souffrent, ou qui font un avortement, une péri-

tonite ? Combien y a-t-il de femmes opérées au début d'une grossesse pour une salpingite aiguë ?

Nous ne pouvons donc qu'avoir une impression, d'après les cas publiés et d'après ceux que nous avons retrouvés dans les archives de la clinique.

La salpingite associée à la gestation est très rare. Un certain nombre de gestations associées à des salpingites chroniques vont à terme sans grand incident. Un certain nombre sont compliquées mécaniquement par des adhérences qui fixent l'intérus en position vicieuse. Un nombre beaucoup plus restreint de gestations se compliquent de poussées annexielles aiguës.

Fréquence de la stérilité après salpingite. — Il existe deux motifs pour qu'une femme atteinte de salpingite reste stérile. L'endométrite associée d'une part, les lésions tubaires d'autre part.

L'endométrite est la trace du passage de l'infection qui lors de l'envahissement de l'arbre génital a gagné les trompes en passant par vagin et utérus. La muqueuse malade ne permet guère la nidation de l'œuf et de plus les sécrétions purulentes qui s'écoulent à travers l'orifice cervico-utérin, empêchent le passage des spermatozoïdes. D'autre part les lésions tubaires s'opposent par l'obturation du pavillon à la pénétration et au passage de l'ovule.

Est-ce à dire cependant que toute grossesse soit impossible. Non, puisque les exemples de fécondation sont nombreux. Néanmoins ils sont d'autant plus rares que la salpingite est encore très proche

de sa dernière crise aiguë. En guérissant ses lésions, la trompe retrouve sa perméabilité et la fécondation devient possible. La guérison médicale est longue. La guérison chirurgicale avec opération conservatrice peut dans certains cas être rapide : dans les cas de tuberculose annexielle. Il importe de faire ici une castration précoce, une castration qui pourra être partielle lors de lésions unilatérales. Il ne viendrait à personne, l'idée d'attendre chez un homme que le deuxième testicule soit pris pour intervenir lors de tuberculose testiculaire. L'épididyme tuberculeux est enlevé dès le début, lorsque les lésions sont encore unilatérales. C'est le seul moyen de circonscrire les dégâts. Il n'en est pas autrement chez la femme, c'est là le meilleur traitement de la stérilité de cette origine.

Une opération pratiquée très tôt, pourra être partielle, conservatrice. Réséquant les grosses lésions, traitant par l'ignipuncture les petites, mettant à l'air le péritoine pelvien, l'intervention puis dans la suite, les rayons ultra-violets amèneront la guérison complète de la malade. Et après de longues années de stérilité, la femme deviendra enceinte. Les exemples en sont nombreux.

Olivier, après l'ablation des annexes droits, observe une grossesse normale. Macnangton-Jones opère une femme de pyosalpinx tuberculeux; surviennent ensuite quatre grossesses successives. Vautrin pratique une résection ampillaire des deux trompes ; deux ans après, grossesse normale. Heully

et Fruhinsholz, dans deux observations semblables que nous reproduisons, font outre une castration unilatérale, une résection de l'ovaire de l'autre côté, dans un cas, de l'ignipuncture dans l'autre cas, et leurs malades depuis longtemps stériles deviennent enceintes.

Fréquence de la grossesse extra-utérine après ou avec salpingite. — Nous ne pouvons présenter de statistique de fréquence :

Dans la littérature et dans les services de chirurgie où nous sommes passés nous avons recherché dans les antécédents de ces malades les crises de salpingites anciennes. Parmi celles que nous avons opéré, nous avons vérifié l'état des trompes. Il ne semble pas que les adhérences de la trompe entrent en ligne de compte dans l'arrêt de la migration de l'œuf. Nous n'avons jamais rencontré de vestiges d'annexite ancienne. Il s'agit plutôt, croyons-nous, d'une malformation de la trompe ou d'une maladie de l'ovule qui, devenu œuf, perd son pouvoir de progression vers l'utérus, et se fixe dès sa fécondation. Cette maladie de l'ovule, ou ces malformations tubaires peuvent être admises en présence des faits tels que les grossesses extra-utérines doubles. Aigrot rapporte quatre observations de grossesses ectopiques doubles et une observation de grossesse itérative dans l'une, pris dans l'autre trompe, sans trouver de lésions annexielles. Sigwart étudie les grossesses ectopiques à répétition du même côté et les récidives dans la même trompe

plus ou moins réséquée lors d'une première intervention. Enfin Winson Ramsay observe une grossesse normale après résection d'une trompe pour grossesse extra-utérine, et salpingotomie de l'autre trompe pour une autre grossesse ectopique. Après réparation de l'incision tubaire, comme si l'obstacle était levé par la salpingotomie, la grossesse normale survient.

Les malformations tubaires sont définitives, les adhérences inflammatoires ou autres sont transitoires. Après ligature, après section complète, et péritonisation de la trompe, on voit la perméabilité se rétablir. Keller opère en 1912 une femme qui présente une grossesse isthmique de la trompe gauche et il excise la poche rompue. En 1922, nouvelle grossesse tubaire du même côté qui se rompt. L'examen de la pièce montre que les deux extrémités proximale et distale de la trompe excisée partiellement, se sont soudées bout à bout et ont rétabli ainsi une nouvelle trompe plus courte mais bien perméable. A noter que la trompe droite présentait une malformation que l'auteur croit congénitale et qui avait produit un hydrosalpinx d'où fécondation impossible par cette voie.

Donc la salpingite n'est pour rien le plus souvent dans la production de la grossesse ectopique. Qu'il y ait salpingite ou non, la grossesse pourra être ectopique suivant qu'il existera ou non malformation tubaire ou maladie de l'œuf amenant l'arrêt de sa migration. La fréquence de la salpingite avec gros-

sesse extra-utérine doit donc être la même que celle de la salpingite avec grossesse normale. Parmi les 12 observations de Baudelocque nous n'en trouvons aucun cas. Dans la littérature, Aigrot rapporte l'observation d'une grossesse tubaire associée à deux pyosalpinx.

Fréquence d'après l'âge et la parité. — C'est là une notion de peu d'intérêt, tant artificielle est toute statistique à ce sujet. Il était juste de penser que c'est surtout chez les femmes d'un certain âge, qui ont un passé génital, que l'on rencontre le plus souvent l'association salpingite et grossesse.

L'âge et les grossesses antérieures augmentent les chances de contamination.

Dans toutes les observations recueillies, les II-pares dont l'âge moyen approche de la trentaine sont le plus fréquemment atteintes.

Antécédents. — Un certain nombre des observations mentionnent des antécédents génitaux : crises antérieures de salpingites soignées médicalement par le repos, la glace, les irrigations chaudes. Dans certains cas les crises se sont répétées plusieurs fois, dans d'autres cas on ne note qu'une seule crise. La grossesse en est plus ou moins rapprochée.

D'autres antécédents peuvent être retrouvés, parfois très aigus, avec intervention chirurgicale : pyosalpinx, pelvipéritonites, abcès du Douglas vidés par colpotomies et dont Tédenat rapporte 4 observations.

Enfin mentionnons ici les interventions chirurgi-

cales conservatrices qui guérirent les salpingites tuberculeuses et permirent la gestation.

Fréquence de la gestation d'après le type anatomique. — Il est normal de penser que c'est surtout dans les cas de salpingite chronique que l'association gestation et salpingite est le plus souvent rencontrée.

Mais les observations d'association à des pyosalpinx sont fréquentes. Nous relevons également un certain nombre d'abcès du Douglas guéris par colpotomie, et qui permirent l'évolution de grossesses.

Fréquence de la grossesse d'après le type bactériologique. — S'agit-il d'une I-pare, on pense à une salpingite gonococcique ou à une salpingite tuberculeuse si les antécédents généraux sont retrouvés : pleurésie, ascite, amaigrissement.

S'agit-il d'une multipare avec des antécédents puerpéraux fébriles on songera au streptocoque, aux microbes associés.

Fréquence de la complication. — Qui dit gestation après ou avec salpingite ne dit pas d'une façon absolue gestation compliquée.

Sur 12 cas, 3 gestations évoluèrent sans incident, accouchement et suites de couches furent normaux.

Trois autres gestations furent douloureuses. Les malades durent s'aliter et être surveillées étroitement. Accouchement et suites de couches furent normales.

Deux fois la gestation fut également douloureuse

dès le début et fut interrompue au troisième mois par un avortement.

Deux gestations furent compliquées de par la présence d'adhérences fixant la face postérieure de l'utérus au pelvis. L'une opérée et libérée poursuivit son évolution normale. L'autre vue à terme guérit après cérarienne (enfant vivant) et hystérectomie.

Une gestation se compliqua à terme de la torsion d'un hydrosalpinx. Laparotomie. Guérison.

Une gestation se compliqua au troisième mois de phénomènes péritonéaux localisés dus à un pyosalpinx. Laparotomie. Drainage. Mais l'avortement survint. Guérison.

Une seule fois sur ces 12 observations, fut donc observée une salpingite aiguë (pyosalpinx). Cela nous montre la rareté de ces cas. Les plus fréquents sont des accidents dus à des salpingites chroniques.

Certes la rupture de pyosalpinx, les péritonites généralisées sont rencontrées. Mais dans quelle proportion ? Il est impossible de le dire. Nous en trouvons 5 cas dans nos 40 observations. Mais ce pourcentage n'a pas de valeur.

Par contre, une complication que nous croyons très fréquente, c'est l'avortement. Du fait de l'endométrite associée, la muqueuse utérine malade permet rarement la nidation et le développement de l'œuf. Mais là encore nous ne pouvons donner qu'une impression, les avortements sont rares dans une maternité parisienne, pour les raisons que nous

avons indiquées plus haut. Ces malades sont reçues dans les services de chirurgie.

Causes occasionnelles. — Elles manquent dans la plupart des cas. Deux seules observations sont à retenir à ce sujet :

Obs. IX. — Une femme enceinte de deux mois et demi soignée à la clinique pour salpingite quitte le service et rentre chez elle en taxi. Le trajet fut difficile, chaque secousse déterminant de vives douleurs qui obligèrent la femme à prendre aussitôt le lit. Dix jours après elle rentrait à la clinique et faisait une fausse couche.

Obs. XXXII. — Capette et Dévé rapportent qu'une femme soignée antérieurement pour salpingite et enceinte de sept mois, eut après un voyage en automobile quelques douleurs : quinze jours plus tard, le lendemain d'un nouveau voyage, elle faisait une péritonite généralisée.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les différentes interventions pratiquées, depuis la laparatomie exploratrice jusqu'à l'hystérectomie, en passant par la castration unilatérale, et le drainage, sont relatées sans donner en général grands détails sur l'état anatomique des lésions et il est difficile d'en faire une étude bien complète, même en y ajoutant quelques comptes rendus nécropsiques qui concernent des femmes mortes de tuberculose.

Adhérences. — Elles peuvent fixer les annexes aux parois latérales du pelvis, au ligament large, au fond du Douglas, à l'utérus, à l'intestin, à l'épiploon. Tantôt elles sont isolées, tantôt formant une masse compacte elles peuvent recouvrir un pyosalpinx, ou une péritonite enkystée.

Toutes ces adhérences qui fixent la masse utéro-annexielle aux organes ou parois voisines sont de résistances variables.

Tantôt lâches et peu résistantes, tantôt au contraire ce sont des adhérences anciennes, en surface, étroites, serrées, résistantes. Cependant la grossesse, en congestionnant le pelvis, amolit toutes ces adhérences, d'autant qu'elles sont plus proches de

l'utérus. La sérosité qui les gonfle, les rend moins solides et moins résistantes.

Déviations utérines. — Toutes ces adhérences peuvent fixer le fond utérin au Douglas ou les bords à la paroi pelvienne. Le développement de l'organe tend ces adhérences et parfois grâce au processus physiologique du ramolissement, l'utérus peut se redresser. Au contraire si les adhérences résistent, l'utérus fixé en un point se développe dans ses portions libres (obs. III). Mais la limite de l'élasticité musculaire utérine ne lui permet pas en général d'atteindre le terme et le plus souvent l'avortement ou l'accouchement prématuré interrompt la grossesse. L'exception est cependant possible (observ. III).

Hémorragie interne. — Elles sont exceptionnelles et sont signalées par Murphy, Müller, Schmorl et Watkins comme dues à la déchirure d'adhérences.

Occlusion. — Kohts, Champetier, Wertheim observèrent 3 cas d'occlusion par coudure sur brides.

Lésions de l'ovaire. — Plusieurs fois l'ovaire fut trouvé gros, dépoli, scléro-kystique. Parfois prolabé dans le Douglas, il semblait coincer entre face postérieure de l'utérus et rectum (obs. IX, obs. XII).

Dans d'autres cas fut trouvé des abcès de l'ovaire (obs. XIX), ou des tubercules en voie de caséification.

Lésions de la trompe. — Les différents types anatomiques furent rencontrés.

Salpingite catharrale, purulente (obs. XIV). — La trompe apparaît turgescente, augmentée de volume. Le pavilion est œdématié. Et au moment où on extrait les annexes il s'écoule une véritable éjaculation de pus très épais, un vrai pus de blennorragie aiguë.

L'hydrosalpinx tordu apparaît ecchymotique, noire comme une anse intestinale étranglée, avec quelques plaques de péritonite plastique (obs. I).

Le pyosalpinx recouvert par une agglomération comprenant anses intestinales, cæcum ou côlon pelvien, laisse dès l'exploration et le décollement des adhérences échapper un flot de pus verdâtre (obs. VIII).

La salpingite tuberculeuse avec son semis de granulations sur le péritoine présente parfois des lésions caséeuses plus avancées.

Lésions de l'utérus. — Ces lésions peuvent être d'ordre mécanique, ou infectieuses :

Mécaniques. — Elles sont le résultat des adhérences. Torsion de l'utérus sur son axe, flexion en arrière ou latérale, version également. Distension plus ou moins considérable de la paroi interne dans ses portions libres non adhérentes.

Infectieuses. — Ce sont, outre l'endométrite presque constante, des lésions tuberculeuses, frappant la muqueuse et le muscle. Cornil rappelait que le Dr Doyen avait trouvé des tubercules de la muqueuse et du muscle utérin à l'autopsie d'une femme morte de péritonite puerpérale.

Frauqué trouve des tubercules caséeux dans le parenchyme utérin d'une femme tuberculeuse qui fait un avortement et meurt six semaines après.

Mentionnons enfin les lésions granuliques, épiphénomène d'une granulie généralisée.

Lésions de la caduque et du placenta. — Ce sont des lésions dues à l'endométrite. Dans le cas de tuberculose, des lésions spécifiques furent rencontrées.

Epanchement intra-péritonéal. — La péritonite s'accompagne parfois d'un exsudat bouillon sale dans lequel flotte de la fibrine (obs. XV).

Dans d'autres cas, le pus est bien lié, crémeux, épais.

Péritonite enkystée. — Elle ne présente pas de caractères anatomiques particuliers (obs. XVI, obs. XXII) ; elle forme une grosse tumeur dont les parois faites d'adhérences intestinales et épiploïques renferment un pus épais bien lié, parfois sans odeur.

Etude microscopique

Ici plus encore qu'ailleurs, il est difficile d'être complet. Seule l'observation XXVII est détaillée à cet égard.

Pus d'un pyosalpinx. — Très minime, flore microbienne, prédominance de staphylocoques, rares pneumocoques.

Lésions tuberculeuses. — Les lésions apparurent

spécifiques, amas caséeux avec cellules géantes, et bacilles identifiés.

La caduque et le placenta furent parfois le siège d'une infiltration caseuse (thèse Feuillade).

PATHOGÉNIE

I. — Gestation utérine

Théoriquement nous pouvons distinguer les salpingites antérieures à la grossesse, et les salpingites débutant pendant la grossesse.

a) Salpingite antérieure a la gestation

C'est la règle.

Comme nous l'avons vu, une femme présentant des lésions annexielles peut guérir et la stérilité si fréquente chez ces malades n'est pas absolue. Elles peuvent devenir enceintes. Si la lésion est unilatérale, la fécondation est facile par la trompe saine. Si la lésion est bilatérale, les chances de fécondation sont plus rares. Brindeau rapporte que Mangin a vu se produire la grossesse dans 57 0/0 des cas de salpingites anciennes unilatérales et dans 21 0/0 des salpingites bilatérales.

Il est ici plus qu'ailleurs difficile de donner des chiffres. Il est à peu près impossible d'avoir des nouvelles des malades soignées pour salpingite, et d'être averti de leur gestation ultérieure.

En observant et en interrogeant une femme qui présente une gestation compliquée de séquelles de salpingite chronique, ou chez qui éclate une crise de salpingite aiguë, il est à peu près constant de retrouver la notion de crises douloureuses antérieures qui font faire le diagnostic rétrospectif.

Dans la règle, la salpingite est antérieure à la grossesse.

Quelle est la pathogénie des accidents qui peuvent survenir ? Accidents infectieux, accidents mécaniques.

Phénomènes infectieux. —La congestion pelvienne amenée par la gestation peut réveiller les lésions anciennes qui ne sont pas complètement éteintes et de même que les plaies de guerre peuvent se réchauffer lors d'une nouvelle intervention, de même que le tétanos peut éclater avec une opération chirurgicale sur une ancienne blessure, de même on peut voir à l'occasion d'une activité nouvelle de l'appareil tubo-utérin, subvenir une forme aiguë des lésions.

Phénomènes mécaniques. — Les adhérences qui relient l'utérus au rectum et au Douglas expliquent les déviations plus ou moins réductibles. Nous en rapportons deux belles observations (obs. III et obs. IX).

La rupture d'une adhérence peut amener une hémorragie ; la coudure de l'intestin sur une bride, l'iléus.

Et lorsque l'utérus augmente de volume et s'élève,

il rompt les adhérences protectrices et le pyosalpinx rompu peut déclancher la péritonite généralisée.

b) Salpingite débutant pendant la gestation

Au premier plan se place les cas de fécondation et d'infection concomitante. Le même coït amène la fécondation de l'ovule, tandis qu'en même temps se développe une infection aiguë du vagin et de l'utérus.

D'autre part il est théoriquement facile d'admettre qu'après la nidation de l'œuf, avant l'accolement des deux caduques, l'agent infectieux peut pénétrer dans l'utérus et dans les trompes : qu'il s'agisse d'une infection blennorragique, ou d'une endométrite aiguë après des manœuvres abortives ayant amené l'inoculation sans ouvrir la cavité ovulaire. Mais dans ces cas, il est bien probable que l'infection aiguë de l'utérus et des trompes amènerait rapidement l'avortement.

Il y a cependant des observations (obs. XIII) où une gestation utérine au début s'accompagnait de deux pyosalpinx. Doit-on admettre que l'infection est postérieure à la gestation. Nous ne le croyons pas. Car le retentissement d'une infection aiguë aurait provoqué, nous l'avons dit, l'avortement.

Salpingite tuberculeuse.

La pathogénie des accidents qui s'y rattachent est spéciale.

L' « anergie » de la grossesse, la maladie générale qu'est toute tuberculose même apparemment localisée, sont à la base de ces complications.

Tantôt épiphénomène dans une tuberculose généralisée, la salpingite passera au second plan. La plurituberculose retentira tout entière sur la grossesse.

En tant que tuberculose locale, la salpingite évoluera pour son propre compte ; mais son extension ne sera pas toujours que de voisinage, péritonéale surtout, et une septicémie bacillaire cliniquement semblable à la fièvre puerpérale pourra éclater au *post partum*.

II. — Grossesse extra-utérine

Il peut y avoir salpingite du côté opposé, du même côté, ou des deux côtés à la fois.

a) *Salpingite unilatérale opposée.* — La fécondation se fait dans la trompe saine.

b) *Salpingite bilatérale ou unilatérale du même côté.* — Cela évidemment est bien rare. Mais le cas existe, puisqu'il est rapporte par Aigrot. Nous avons vu qu'il observa une grossesse ectopique rompue et un pyosalpinx bilatéral. Aigrot croit que le pyosalpinx est postérieur à la grossesse. Son observation est bien imprécise pour juger. S'agissait-il bien d'un pyosalpinx et non d'un abcès de l'ovaire ou d'un petit kyste suppuré encapuchonné par les adhérences tubaires ! Car qui dit pyosalpinx dit pavillon obturé

et bien obturé. Comment admettre la fécondation ? En pensant qu'elle fut antérieure à la formation du pyosalpinx.

D'autre part la rupture de la trompe au niveau de l'œuf ectopique se serait arrêtée pour ménager le pyosalpinx voisin ?

ÉTUDE CLINIQUE

Distinguons les deux tableaux cliniques différents suivant que la gestation est extra-utérine ou utérine.

Salpingite et gestation extra-utérine

La salpingite passe ici au second plan, car les symptômes propres de la grossesse tubaire sont d'une telle acuité qu'ils dominent la scène.

Qu'il y ait rupture ou constitution progressive d'une hématocèle, la salpingite n'a pas d'intérêt pratique. L'intervention est obligatoirement immédiate.

Salpingite et gestation utérine

Nous étudierons l'observation d'une femme ayant eu, dans les années précédentes, une ou plusieurs crises de salpingites, considérées actuellement comme guéries.

Nous suivrons l'évolution de la grossesse et verrons quelles complications peuvent survenir.

SYMPTOMES ET ÉVOLUTION DE LA SALPINGITE ASSOCIÉE A LA GROSSESSE UTÉRINE

Ces malades sont amenés à consulter pour différents motifs :

1° Retard de règles sans autres symptômes ;

2° Retard de règles, douleur, petite hémorragie ;

3° Douleurs pendant les derniers mois de la grossesse ;

4° Complications : syndrome abdominal aigu.

1° Rarement dans la clientèle de ville, soucieuse de sa santé, une femme bien réglée antérieurement et présentant un retard de règles, négligera de se renseigner sur l'existence possible d'un début de grossesse.

Le souvenir des crises douloureuses de salpingites passées lui donne de suite l'idée d'une grossesse qui sera difficile et la crainte d'une complication l'amène aussitôt.

2° La douleur, parfois une hémorragie inquiéteront une femme qui présente déjà un retard de règles.

3° Pendant la grossesse, la douleur peut apparaître

assez tardivement aux quatrième, et sixième mois, plus tard même.

4° Enfin c'est parfois par une complication que se manifestera pour la première fois l'annexite ancienne; souvent au début (2e, 3e mois), ou presque à terme, tandis que la grossesse était jugée tout à fait normale.

Interrogatoire

Antécédents génitaux. — Quel que soit le motif qui provoque l'examen, l'interrogatoire est d'extrême importance, car il faut par le détail retrouver le passé génital de la malade.

C'est l'existence d'une salpingite antérieure qui dans les cas douteux aidera le diagnostic.

a) L'infection gonococcique

Jusqu'à ses premiers rapports sexuels, la femme bien portante n'a le plus souvent peu ou pas souffert du ventre. Sauf parfois au début de ses règles qui pendant quelques heures étaient douloureuses. Le col était petit, étroit, serré. Aucun écoulement vaginal ne tachait le linge.

C'est après les premiers rapports qu'apparurent les symptômes recherchés. Pertes verdâtres empesant la chemise, traduisant une vaginite et une métrite, s'accompagnant parfois d'un syndrome douloureux pelvien représentant l'envahissement

infectieux de l'utérus. Les organes voisins, péritoine et annexes ont pu dès lors commencer à réagir.

b) L'infection puerpérale

Dans d'autre cas, les premières pertes vaginales et les premières douleurs datent d'un accident infectieux puerpéral.

Après un avortement suivi ou non d'un curettage, après un accouchement la malade raconte que les douleurs apparurent en même temps que la température s'élevait à 39-40. L'envahissement infectieux utéro-périmétro-salpingien avait lieu.

Dans ces deux cas d'infection gonococcique ou puerpérale, le traitement médical fut institué avec repos absolu au lit, injections vaginales chaudes, lavement chaud voire même vaccinothérapie. Les crises se calmèrent, se reproduisant quelquefois à nouveau pendant de longs mois. Enfin la guérison semblait survenue, quoiqu'au moment des règles, quelques douleurs pelviennes rappelaient à la malade l'épisode aigu ancien.

c) L'infection tuberculeuse

Ici les antécédents remontent souvent à une date ancienne. C'est souvent avant le mariage qu'apparurent les premiers symptômes. Tantôt jouissant d'une parfaite santé, tantôt au contraire amaigrie et fatiguée, la malade commença à souffrir du ventre.

On fit alors le diagnostic d'annexite et parfois une ascite concomitante plus ou moins abondante vérifia le diagnostic étiologique qui confirmait avec raison la tuberculose

La tuberculose annexielle en effet est très fréquente parmi les salpingites en dehors de toute grossesse. Les chiffres sont des plus variables suivant les auteurs. Près du quart pour Pozzi.

Le traité de Gynécologie de Faure et Siredey trouve que la statistique de Menge (p. 621) donnant le dixième de salpingite tuberculeuse, est trop élevée. Nous sommes persuadés que cela n'est pas l'avis de J. L. Faure. Car lorsque nous étions son interne, notre maître avait coutume de proclamer la fréquence énorme de ces salpingites. Et ce n'était pas là une impression vague, car après chaque hystérectomie, la pièce était envoyé à l'examen histologique.

d) Antécédents opératoires

Colpotomie. Castration unilatérale, etc.

Des malades ayant eu des colpotomies ont pu devenir enceintes dans la suite et leur grossesse bien surveillée alla à terme (obs. XXX, XXXI, XXXII, XXXIII).

D'autres malades subirent des opérations conservatrices.

Et cela donna des résultats excellents, surtout dans la tuberculose puisqu'après résection des annexes d'un côté et d'une partie de la trompe et de

l'ovaire de l'autre côté, les malades purent se trouver enceintes (obs. Vautrin, Heully, Fruhinsholz, thèse Feuillade).

Signes fonctionnels

Retard de règles. — Les menstruations sont totalement supprimées dès le début de la grossesse chez les femmes aux antécédents annexiels, et qui sont restées bien réglées.

Mais combien de dysménorhéiques parmi ces malades qui eurent des lésions de salpingo-ovarites. Combien, depuis les crises douleureuses passées virent leurs règles très modifiées en qualité, quantité et durée. Dès le debut de la grossesse, ces lésions d'ovarite ancienne peuvent amener des poussées congestives de l'utérus d'où petite hémorragie. Ce déséquilibre ovarien ne doit pas nous faire oublier que la muqueuse malade, l'endométrite associée prédispose aux hémorragies imprévues.

Hémorragies. — Ces malades ont donc normalement leurs règles supprimées, comme les femmes enceintes normales. Mais souvent il peut survenir des écoulements sanglants plus ou moins abondants. Il ne s'agit pas toujours de sang rouge, mais bien souvent de sang d'odeur fétide et de couleur noirâtre, ou marron chocolat (obs. XXIX).

Ces hémorragies ne font qu'égarer le diagnostic vers la grossesse ectopique.

La durée de ces hémorragies est variable. Inter-

mittentes pendant plusieurs jours, pendant trois semaines(obs. XIII) elles peuvent dans d'autres cas cesser complètement pour réapparaître deux ou trois mois plus tard (obs. XXVIII).

Ecoulements purulents. — Ils sont très fréquents. Existant depuis les premiers rapports sexuels dans certains cas, depuis un avortement ou un accouchement fébrile dans d'autres, ils ont continué à exister depuis.

Diminués par les traitements médicaux, ils augmentent souvent au début de la grossesse.

Le plus souvent jaune verdâtre, ils peuvent également être formés d'écoulements glaireux.

Douleurs. — La douleur est le signe le plus fréquent. Il peut cependant manquer puisque nous voyons 3 des 12 observations de la clinique Baudeloque où il n'en est pas question et où la grossesse va normalement à terme.

Cependant il n'en demeure pas moins que c'est là un signe fréquemment rencontré dès le début de la gestation.

A ce moment la douleur est profonde, pelvienne, comme dans les crises de salpingite passée. Siégeant sur les côtés de l'utérus elle répond au siège maximum des lésions. Plus ou moins aiguës ce sont tantôt des tiraillements, des déchirements qui semblent bien traduire le développement utérin qui rompt des adhérences.

Parfois la douleur pelvienne est presque accessoire et ce sont les douleurs lombaires qui sont les

plus vives et rappellent les douleurs de l'avortement ou de l'accouchement. Ces douleurs lombaires, traduisent-elles des contractions partielles, et fugaces de l'utérus irrité par le tiraillement de ses adhérences aux parois ou aux organes, ou par l'inflammation voisine ?

Ces douleurs peuvent s'accompagner d'irradiation, à l'abdomen, à la paroi abdominale, aux membres inférieurs, ou le long de la face interne des cuisses. Parfois l'irradiation aux viscères amène de la cystalgie, des troubles de la défécation.

Mais le plus souvent il s'agit de **pesanteur**, de **« points douloureux » continus, avec exacerbations passagères.**

Dès le lever la douleur apparaît profonde, irritante par sa tenacité et oblige la malade à reprendre le lit ; grâce aux compresses chaudes, aux lavements laudanisés, une rémission obtenue permet le sommeil.

Après quelques jours, voire quelques semaines de lit, la douleur peut persister encore sans diminuer, rendant difficile la vie de la malade. D'autres fois, la douleur s'atténue et disparaît jusqu'à ce que un choc, une promenade en voiture, une marche, une station debout prolongée la réveille ou l'augmente.

Ces douleurs peuvent continuer ainsi pendant toute la grossesse jusqu'à l'avortement, jusqu'à l'accouchement ou jusqu'à la complication grave. A moins que la malade excédée ne réclame ou que le médecin ne propose l'opération chirurgicale. Les

lésions enlevées, les adhérences détruites, la grossesse le plus souvent continuera son évolution sans incident (obs. XXIII, XXIX, XXXVI).

Dans certains cas cependant la laparotomie ne fut qu'exploratrice. Aucunes lésions ovarienne ou tubaire n'expliquèrent ces douleurs (obs. XIV).

Signes généraux

Ils ne sont pas différents pendant et en dehors de la grossesse. Température parfois légère 38-38,5 ; il ne faut pas s'attendre à la trouver très augmentée dans tous les cas. Le pouls suit la température et s'accélère un peu.

Le facies traduit la douleur et l'état nerveux de la malade irritée par ce séjour permanent au lit.

Signes physiques

C'est sur les antécédents et sur eux que se fera le diagnostic.

Quelque soit le motif qui amène la malade :

Désirs de se renseigner sur la gravité d'une grossesse au début après un passé annexiel ;

Grossesse au début et douleur avec ou sans hémorragie ;

Grossesse diagnostiquée mais qui devient peu à peu douloureuse ;

Ou enfin complications graves traduites par un grand syndrome abdominal suraigu que nous étu-

dierons à part aux complications, l'examen clinique méthodique d'une telle malade sera essentiel.

Nous prenons comme tupe de notre examen, un diagnostic à faire dès le début de la gestation.

Inspection. — La déformation abdominale n'existe qu'en fonction du volume de l'utérus, suivant l'âge de la gestation.

Palpation. — Elle permettra de délimiter le fond utérin et de voir à quelle hauteur il se trouve de la symphyse. Latéralement de chaque côté de l'utérus on peut percevoir un point douloureux, point salpingo-ovarien qui se trouve au-dessous du point de Mac Burney, très près de l'arcade crurale. Plus rarement en ce point on pourra percevoir une résistance musculaire plus ou moins accusée.

Toucher et palper. — Lorsque la femme est obèse ou que la contraction des muscles abdominaux gêne l'examen, il y aura intérêt à pratiquer le toucher et palper sous anesthésie générale et en position légèrement déclive.

Le col utérin plus ou moins ramolli est médian. Le ramollissement de l'isthme existe dès le début de la grossesse.

La main gauche déprimant la paroi abdominale à l'hypogastre fixe le fond utérin et l'abaisse avec douceur. Augmenté de volume, l'utérus correspond bien à une grossesse,de deux mois, ou plus, suivant le cas. De consistance rénittente, il se contractera parfois sous le doigt, pendant quelques instants.

Normalement médian et antéfléchi, l'utérus peut

être latérodévié ou latéro-fléchi par la poussée d'une tumeur voisine, qui peut le fixer et l'enclaver, ou par la présence d'adhérences qui le fixent dans cette position vicieuse.

Les culs-de-sacs vaginaux ne permettent pas de percevoir des annexes normales. Mais dans ce cas particulier on perçoit sur les côtés ou en arrière de l'utérus une petite masse de volume variable (mandarine) collée à l'utérus. Le plus souvent adhérente à la paroi, cette tumeur ne peut être mobilisée sans douleurs. Douleurs parfois très vive, parfois au contraire à peine sensible (obs. XXIX).

La fixité relative est due surtout à la péri-annexite ancienne qui a solidarisé la trompe à l'utérus et au pelvis.

Le toucher rectal ne donne pas de renseignement nouveau.

Tout cet examen nous montre un utérus gros, gravide, et suivant les cas une petite tumeur. Pas toujours perceptible, cette tumeur peut parfois être d'un volume appréciable. Plus ou moins douloureuse, elle est plus ou moins fixée au bassin et à l'utérus.

FORMES CLINIQUES

Nous venons de voir la grossesse au début compliquée de salpingite.

Suivant l'âge de la grossesse. — Les signes vont se modifier plus ou moins. Il est assez fréquent d'observer vers le quatrième ou le cinquième mois d'une grossesse jusque-là normale une douleur spontanée siégeant en deux points symétriques, qui correspondent aux cornes utérines. Notre maître Lévy Solal nous en signala plusieurs cas.

Parfois unilatérale, plus souvent bilatérale, cette douleur se trouve au palper. Rarement il existe une défense musculaire et il n'est pas impossible suivant l'état de la paroi de percevoir une petite tumeur annexielle.

Suivant les symptômes. — Lorsqu'il existe une hémorragie, nous avons dit que le tableau complet de la grossesse ectopique pouvait se trouver réalisé.

Suivant le microbe. — *La salpingite tuberculeuse* seule, nous retiendra : nous en décrirons l'évolution et les complications pour ne plus avoir à y revenir.

Nous avons vu plus haut l'importance d'un traite-

ment chirurgical précoce qui alors pourra être conservateur, ce qui pourra, dans les années suivantes, permettre une gestation normale (obs. XXVII-XXVIII).

Nous avons distingué plus haut le cas *de la tuberculose génitale épiphénomène d'une* ♀. La grossesse aggrave les lésions, se termine par l'avortement ou l'accouchement prématuré et un coup de fouet donné à la maladie emporte la malade.

La ♀ génitale isolée seule peut nous retenir : Nous empruntons à l'article de Fruhinsholz et Feuillade ce qui suit : « Les signes locaux sont généralement assez frustes et de l'ordre banal : douleurs, empâtement diffus, sensibilité annexielle, météorisme, ascite, symptômes qu'enregistrent le palper ou le toucher mais dont aucun n'est spécifique. On peut dire que tout symptôme capable d'éveiller l'idée d'annexite au cours de la gestation peut suggérer par le fait même l'idée d'annexite bacillaire surtout quand on a affaire à une malade suspecte par ailleurs, fièvre, amaigrissement, pleurésie, ascite.

« La tuberculose utéro-annexielle, et la gestation peuvent évoluer parallèlement, tantôt silencieusement, tantôt en réagissant l'une sur l'autre.

« Lorsque la réaction se produit, les lésions bacillaires peuvent évoluer au même titre que des annexites banales, et borner leur action à des signes purement locaux.

« Ou bien elles peuvent déchaîner des accidents granuliques de tuberculose aiguë généralisée.

La grossesse peut en pareil cas être prématurément interrompue. Lorsqu'elle atteint le terme après s'être développée au contact des lésions bacillaires, l'enfant naît souvent tuberculeux et meurt dans la première année qui suit sa naissance.

« La tuberculose génitale peut apparaître, ou du moins évoluer à tous les stades du *post-partum* et donne lieu ainsi à des accidents généraux (granulie) ou locaux (annexite, péritonite, etc.) aigus, subaigus et chroniques susceptibles les uns et les autres d'être pris pour des accidents d'infection banale ou gonococcique. Au même titre que la gonococcie peut devenir ascendante à la faveur de la puerpéralité, la tuberculose annexielle peut devenir envahissante dans des circonstances identiques.

« La tuberculose utéro-annexielle devra être systématiquement recherchée dans tous les cas de granulie généralisée ou méningée de la grossesse et du *post-partum* ; dans tous les cas d'accidents infectieux mal expliqués de la gestation et du *post-partum*. »

EVOLUTION

Normale. — La gestation après salpingite peut être normale, et aller à terme sans incident et sans douleur.

L'accouchement et les suites de couches seront normaux.

Douloureuse. — Plus souvent la gestation sera douloureuse. La salpingite chronique par ses adhérences anciennes explique ces douleurs. Le terme pourra être atteint, mais souvent un avortement interrompra le cours de la gestation.

Compliquée. — La gestation pourra assez souvent être compliquée plus ou moins gravement, soit par des phénomènes mécaniques dus à la salpingite chronique ancienne, soit par des phénomènes infectieux dus à la salpingite aiguë.

COMPLICATIONS

Avortement. — Nous le décrirons à part, car il peut aussi bien être dû à un phénomène mécanique que le résultat d'une poussée infectieuse.

Nous croyons que cette complication est plus fréquente qu'elle ne paraît, nous avons dit pourquoi. Outre les avortements à mettre sur le compte de la salpingite chronique ou aiguë, il y a les avortements par endométrite. Tantôt ces avortements sont sans suites fébriles (avortements dus aux tiraillements des adhérences) tantôt au contraire ils peuvent être suivis d'un réveil ou d'une poussée aiguë des lésions annexielles (avortement au cours des salpingites aiguës). Ces complications *post abortum* n'ont rien de particulier. Elles offrent les signes cliniques habituels, soit d'annexite aiguë, soit de périmétro-salpingite, etc. Un seul point est particulier dans leur évolution. Elles débutent très tôt (48^{e} heure) ou parfois même sont contemporaines de l'avortement.

Complications mécaniques
Salpingite chronique

Les observations de Pinard-Segond-Couvelaire, et de Couvelaire et Crivelli sont particulièrement complètes et instructives, à cet égard.

Rétroversion irréductible de l'utérus gravide. — Cette question bien traitée par les classiques, ne sera pas à développer.

Fixation de la face postérieure de l'utérus dans le pelvis et développement exagéré de sa face antérieure. — C'est ce que certains auteurs Kiwisch, Scauzoni, Tyler Smith, Charles, Frantz appellent la réduction partielle de l'utérus rétrofléchi.

La symptomatologie est décrite par les traités modernes. Les 2 observations III et IX la rapportent d'une façon très complète.

De plus les laparotomies effectuées dans ces deux cas nous montrent :

Dans le premier cas (obs. III) : que la césarienne avec hystérectomie était la méthode de choix pour terminer cet accouchement impossible par irréductibilité de la position vicieuse du fœtus, et de l'utérus.

Dans le deuxième cas (obs. IX) que l'intervention au quatrième mois en libérant les adhérences de la face postérieure de l'utérus, permit un développement et une évolution normale de la gestation.

En effet dans ces cas de fixation irréductible,

l'avortement ou l'accouchement prématuré est très fréquent.

Occlusion par coudure de l'intestin sur une bride. — La symptomatologie habituelle est bien connue.

L'interrogatoire en précisant les antécédents facilitera le choix de l'intervention.

Hémorragie par rupture d'une bride. — C'est là un cas tout à fait exceptionnel.

Complications infectieuses
Salpingite aiguë

Tantôt au début de la gestation, tantôt pendant l'évolution, les phénomènes douloureux prennent une acuité très grande. La fièvre augmente. Les signes physiques apparaissent au grand complet : la défense musculaire, la masse fixée à l'utérus ou à la paroi, la douleur à la pression de cette masse. Il importe de faire un diagnostic précoce. Car tandis qu'en dehors de la gestation, on pourra conseiller le traitement médical, et refroidir les lésions ; il y aura intérêt pendant la gestation à intervenir et à intervenir très tôt pour éviter les complications péritonéales le plus souvent mortelles. Le péritoine réagira au voisinage de l'annexe en formant un agglomérat d'adhérences. La salpingite catharale devenant purulente sera entourée d'une barrière limitant l'infection.

Les suppurations péri-utérines. Pyosalpinx. Périmétrosalpingite. Péritonite enkys-

tée. — La fréquence de cette complication paraît indéniable. Si ces observations en sont si fréquentes néanmoins, cela tient surtout aux beaux succès que les opérateurs ont obtenus, et au soin qu'ils ont pris d'en publier les résultats. Enregistrons le fait cependant ; comme pour la péritonite généralisée, les observations de suppuration péri-utérine sont nombreuses.

Dans la règle c'est au deuxième et au troisième mois que les douleurs qui souvent existaient depuis le début sont devenues très aiguës. Elles s'accompagnent parfois d'un écoulement sanglant brun chocolat d'odeur fétide (obs. XXIX). Les signes généraux existent dans moitié des cas, mais il s'agit plus d'un mauvais état général (obs. X) avec amaigrissement que des signes de rétention purulente avec température à grandes oscillations.

L'examen montre une tumeur latéro-utérine et un utérus gros.

L'utérus est le plus souvent facile à reconnaître par son volume, sa consistance, ses contractions non douloureuses. Il est dévié par une masse très douloureuse occupant toute la partie inférieure de la fosse iliaque (obs. X).

Parfois la masse surmonte l'utérus rétrofléchi et remplit tout le petit bassin en débordant la symphyse. Les culs-de-sac vaginaux peuvent être œdémateux et entourent le col qui garde sa consistance habituelle (obs. XVIII).

Dans la majorité des cas, la tumeur latéro-utérine

fut douloureuse, sauf dans deux cas où il ne s'agissait guère que de sensibilité et qui furent pris pour une grossesse ectopique. (La grossesse ectopique cependant est très douloureuse.)

Evolution. — Abandonnée à elle-même, il n'est pas douteux que l'utérus augmentant de volume et remontant vers l'abdomen, n'entraîne avec lui les adhérences qui rompues laisseront le pus libre dans le ventre. La péritonite généralisée avec toute sa gravité sera constituée.

Au contraire opérée et drainée largement par un Mikulicz suivant la manière renovée de J.-L. Faure, la malade guérira (obs. X, XVIII, XXIV, XXV, XXIX).

Péritonite généralisée

C'est la complication la plus grave. Brindeau croit également que c'est la plus fréquente, puisqu'il en a trouvé 33 cas dans la littérature sur ses 93 observations.

Nous ne le croyons pas, comme nous l'avons dit. La gravité de l'affection, l'intérêt et la rareté de l'observation, en ont fait publier la presque totalité des cas par leurs auteurs.

Nous n'avons donc rencontré aucun cas de péritonite généralisée dans les 12 observations de la clinique.

Le début de la grossesse et les premiers jours des suites de couches sont les deux périodes des poussées aiguës de réveil annexiel. Ce sont les deux

périodes où les risques de la péritonite généralisée sont les plus grands.

Aussi bien par rupture d'un pyosalpinx que par éjaculation de pus par le pavillon tubaire, la péritonite généralisée se constitue rapidement. Plus d'adhérences, plus de barrière pour limiter le processus de l'infection.

Les signes n'ont rien de particulier. Ce sont ceux d'une péritonite par perforation : notons l'évolution possible en deux temps. Après le coup de poignard qui indique la rupture de l'abcès et le premier contact du pus avec le péritoine, il peut suivre quelques moments d'accalmie avec rémission de la douleur atroce du début. Après quoi les risques se constituent et l'évolution mortelle survient en quelques jours. L'intervention chirurgicale ne peut que peu de chose et rares sont les cas de guérison.

Complications des suites de couches

Le caractère principal de ces complications est la précocité de leur apparition.

Quarante-huit heures après l'accouchement ou l'avortement la température s'élève, les signes généraux et locaux apparaissent. Ce sont ceux des annexites aiguës, des périmétro-salpingites ou pelvi-péritonites en général, sans rien de particulier. L'utérus qui revient sur lui-même pendant son involution ne favorise guère la production d'adhérences protectrices et là encore la péritonite généralisée est à craindre.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est loin d'être toujours facile, les nombreuses erreurs commises en sont témoin, que ce soit au début, pendant la grossesse, pendant l'accouchement.

Deux ordres de cas sont à distinguer :

1° *Une femme soignée antérieurement pour salpingite devient enceinte.* Tout l'examen s'efforcera de relever la complication possible ;

2° *Une femme enceinte sans antécédents précis, souffre du ventre* : douleurs pelvienne latéro-utérine au début ; douleurs aux angles lorsque l'utérus est devenu abdominal.

A. **Au début.** — C'est un des diagnostics où le plus grand nombre d'erreur fut commise. Le diagnostic de grossesse extra-utérine se retrouve dans de nombreuses observations.

Une femme qui présente un retard ou des troubles dans la date de ses règles souffre dans le bas-ventre et présente une tumeur latéro-utérine avec gros utérus.

Diagnostic de la tumeur. — Nous ne voulons pas énumérer toutes les erreurs possibles : après

grand lavement évacuateur, l'examen pratiqué avec douceur appréciera les rapports des lésions ; rarement on pensera à un kyste ou à un fibrome.

La grossesse ectopique. — *En faveur de la grossesse ectopique*, *les écoulements* de sang noir, mais ils peuvent exister dans la grossesse avec salpingite.

La douleur, mais elle est très fréquente dans une tumeur annexielle.

Les signes généraux, pâleur, accélération du pouls.

En faveur de la salpingite sont *les antécédents*. Ce sont les antécédents qui peuvent orienter le diagnostic.

Quoi qu'il en soit, qu'il s'agisse de grossesse ectopique ou de gestation avec salpingite, il faut intervenir. Il suffit d'avoir pensé à l'un ou à l'autre pour avoir fait un diagnostic d'intervention.

La salpingite et l'utérus gros, métritique, non gravide. — L'utérus dans ce cas ne se contracte pas sous le doigt. Il est douloureux.

L'utérus en briche du début de la grossesse. — Il n'est pas rare de rencontrer un utérus qui paraît plus ou moins gros, flanqué d'une tumeur plus ou moins latérale, plus ou moins angulaire. Si d'après le retard des règles on diagnostique une grossesse ectopique et si on fait une laparatomie on ne trouve rien. Il s'agissait d'une grossesse normale dans un utérus distendu en un seul point au niveau de l'œuf. Souvent l'anesthésie a suffi pour redonner à l'organe sa forme globulaire.

Dans ce cas, la tumeur latéro-utérine n'était pas douloureuse.

Si le diagnostic est très difficile, on peut mettre la malade en observation et le lendemain la modification des signes peut révéler le diagnostic.

Diagnostic de la douleur. — La douleur sans autre signe est d'un diagnostic à peu près impossible si la notion de salpingite antérieure est méconnue. Qu'on élimine l'appendicite s'il s'agit de douleur droite. Les vomissement du début de la gestation peuvent faire commettre l'erreur.

Mais, nous le répétons, si l'on intervient l'erreur n'est rien, les lésions seront ramenées à leur juste proportion. La crainte inverse est plus importante : méconnaître des lésions qui vont pouvoir s'aggraver.

B. **Le diagnostic à la moitié et à la fin de la gestation.** — *La douleur aux cornes utérines* doit faire songer à une infection ancienne des trompes et commander le repos absolu et la surveillance la plus étroite.

Il faut éliminer outre l'appendicite, la cholécystite, la pyélonéphrite surtout, avec sa douleur lombaire, et la colibacillurie.

Diagnostic des complications

Retroversion de l'utérus gravide. — Ce diagnostic est trop classique pour que nous le décrivions.

Fixation de la face postérieure de l'utérus et développement exagéré de la face antérieure. — C'est

un diagnostic très difficile. Et à terme, on pense souvent à une grossesse extra utérine de neuf mois, tant le fœtus dans sa position irréductible paraît maçonné au milieu des anses intestinales.

L'occlusion. — C'est surtout là un diagnostic étiologique qui peut permettre de guider l'intervention, et faire exécuter une laparatomie ou un anus.

L'avortement sera rattaché à sa véritable cause par la recherche des antécédents.

La salpingite et les suppurations péri-utérines seront souvent, lorsqu'il s'agira des annexes droites confondues avec une crise d'appendicite aiguë, et un abcès appendiculaire.

A terme, un examen complet devra différencier les douleurs dues à une salpingite aiguë, voire même à la rupture d'un pyosalpinx, d'avec les douleurs du début du travail, et distinguer le ventre de bois d'avec les contractions intermittentes de l'utérus. Le toucher vaginal vérifiera l'état du col non effacé, long.

Suites de couches. — C'est un diagnostc étiologique.

PRONOSTIC

Si l'on examine toutes les observations de la littérature on doit reconnaître que le pronostic général est plutôt mauvais. Mais cela tient au choix des observations publiées d'une part, et à une thérapeutique tardive d'autre part.

Dans la série de 12 cas de la clinique aucune mort ne fut à déplorer. Un tiers des femmes fut opéré, toutes guérirent parfaitement.

Le pronostic général put donc être amélioré, lorsque l'intervention sera opportune.

CONDUITE A TENIR

1. — La ténacité et l'acuité de la douleur devront faire intervenir, chez une femme soignée antérieurement pour salpingite.

2. — Si la gestation n'est pas douloureuse, il faut surveiller attentivement la malade.

3. — En cas de complications infectieuses, il faut intervenir d'urgence, aussi bien pour le pyosalpinx non rompu, que pour le pyosalpinx rompu, et pour la péritonite généralisée.

4. — Dans les cas de complications mécaniques, le diagnostic étiologique fera intervenir rapidement afin d'aller vérifier l'obstacle par une laparotomie exploratrice et le traiter suivant les cas.

5. — A terme, la césarienne suivie d'hystérectomie a été suivie d'un succès complet (obs. III).

6. — Pendant les suites de couches le traitement médical refroidira les lésions enkystées.

INTERVENTION

Elle sera d'autant plus efficace que plus précoce. Elle ne risque pas d'interrompre la grossesse si la malade est morphinée et si on se contente de faire le nécessaire, mais le minimum, en ménageant l'utérus gravide.

Laparotomie exploratrice. — Elle permettra de trouver la cause des douleurs et redressera souvent un diagnostic erroné.

Adhérences : Les couper aux ciseaux, après ligature s'il y a lieu. Eviter toujours de malmener l'utérus.

Trompe malade. — Castration unilatérale.

Les deux trompes malades. — Les enlever toutes les deux. On peut très bien enlever le corps jaune de la grossesse sans interrompre cette grossesse (obs. XXIX). D'autre part Bowee (*Americ. Journ. of obst.*, 1900, vol. XLI) rapporte 9 cas de castration double avec grossesse qui continue normalement.

Pyosalpinx. — L'enlever. Si des adhérences rompues laissent échapper du pus, drainer, mais il y a des chances pour que l'avortement suive.

Péritonite enkystée. — Faire ici comme ailleurs

le minimum ; se contenter d'ouvrir largement et de drainer non avec des drains qui forment immédiatement des cheminées qui ne drainent plus, mais avec un large Mikulicz à la J.-L. Faure. L'avortement aura probablement lieu.

Péritonite généralisée. — Inciser dans les fosses iliaques de chaque côté de l'utérus. Aller aux annexes, les enlever. Drainer au Mikulicz tous les récessus hépatique, splénique et le Douglas.

Avortement le lendemain. Mort probable.

Après l'accouchement, la colpotomie peut être indiquée.

L'hystérectomie vaginale, difficile avec un utérus friable ne draine pas l'étage supérieur de l'abdomen pour peu que le pus soit épais.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Observ: 934. Année 1902. Clinique Baudelocque

Grossesse à terme. Hydrosalpinx ♀ pédicule tordu. Accouchement artificiel. Laparatomie. Ablation des annexes malades. Guérison.

II-pare de 36 ans, enceinte de neuf mois ést amenée à la clinique le 5 juin 1902 pour appendicite probable.

Cette femme fit antérieurement un accouchement prématuré. L'enfant mourut au sixième jour.

La grossesse actuelle (les dernières règles datent du 5 au 13 sept. 1901) eut une évolution presque normale. Une hémorragie au cours du troisième mois durant quinze jours obligea la malade à prendre le lit pendant trois semaines.

Le matin même de son entrée, une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite accompagnée de nausées et d'envies fréquentes d'uriner fit songer à une crise d'appendicite, et l'envoi à la clinique fut conseillé.

Le 5 juin, à l'entrée, on constate un bon état général. Température 36 degrés. Pouls 60. Des urines claires. Le ventre est souple. L'utérus est normal à terme. Col long, mais une zone douloureuse existe très nettement dans la fosse iliaque droite avec irradiation à la grande lèvre.

Le 6 et le 7 juin, les vomissements apparaissent accompa-

gnés de diarrhée. Mêmes phénomènes douloureux avec période d'accalmies.

Le 8 juin, les vomissements sont bilieux, et le 9 juin ils deviennent poracés. La diarrhée continue. L'état général est mauvais. Nez pincé, facies anxieux. Subictère, urines acajou avec albumine et pigments biliaires. Pouls 104. Température 36 degrés.

L'abdomen très météorisé est toujours très douloureux. L'utérus se contracte. Le col est ouvert. M. Pinard fait pratiquer l'évacuation de l'utérus après dilatation manuelle du col. Poids de l'enfant 3.130 grammes. Délivrance artificielle. Placenta : 440 grammes.

Après l'intervention on vérifie le vagin et le col. Deux déchirures du col dont l'une remonte jusqu'au cul-de-sac Température 37 degrés. Pouls 120. Le ventre est souple, non douloureux.

Cependant le soir même M. Pinard fait pratiquer par M. Segond une laparatomie exploratrice. La trompe droite hydropique est tordue deux fois sur son pédicule. Un peu de péritonite plastique recouvre la poche annexielle ecchymotique noire. L'intestin est météorisé, l'épiploon congestionné. Il n'y a pas de liquide. Ablation de ces annexes. Paroi en un plan sans drainages. Suites normales. Guérison.

OBSERVATION II (Inédite)

Observ. 1881, Année 1902. Clinique Baudelocque

I-para de 25 ans. Dernières règles du 12 au 14 mai 1902. Phénomènes de réaction péritonéale causés par une salpingo-ovarite gauche à partir du quatrième mois.

Accouchée le 9 décembre. Durée du travail douze heures trente.

Période d'expulsion : une heure. Poids de l'enfant 1.500. gr. Placenta 380.

Opérée trois semaines après l'accouchement par M. Segond, abcès de l'ovaire adhérent au côlon sigmoïde. Fistule consécutive.

OBSERVATION III (Résumée)

Observation 212. Clinique Baudelocque. Année 1903. *In Ann. de Gynec. et d'Obst.*, juillet 1903. Pinard, Segond, Couvelaire.

Irréductibilité d'une présentation de l'épaule dans un utérus rétro et latérofixé. Césarienne et hystérectomie. Enfant vivant. Guérison.

I-pare de 36 ans, voit à 14 ans, ses premières règles qui sont abondantes et douloureuses. A partir de son mariage, la douleur menstruelle n'est plus diffuse dans le bas-ventre, mais localisée en un point à gauche. Pas de douleur entre les règles.

Première grossesse dix ans après son mariage. Dernières règles du 20 au 25 mars 1902. Le 15 septembre, hémorragie utérine légère, intermittente (tous les 10-15 jours) jusqu'à la fin de novembre. Repos au lit jusqu'au 1er décembre.

La grossesse évolue; 28 janvier, quelques douleurs. Pertes des eaux. Une sage-femme et deux médecins reconnaissent une présentation de l'épaule et essaient la version par manœuvres externes. Les choses restent en état jusqu'au 2 février, où en ville M. Pinard voit la malade.

M. Pinard constate l'irréductibilité de l'attitude du fœtus. La tête est bloquée dans la fosse iliaque gauche. Il semble absolument encastré, maçonné dans la cavite abdominale comme dans certains cas de grossesse ectopique. Pratiquant le toucher, M. Pinard constate que l'excavation est vide. Le col a toute sa longueur. Son orifice externe facilement accessible est situé près de la ligne médiane. Le col monte obliquement vers la gauche et un peu en avant. Le doigt qui pénètre facilement dans l'orifice externe entr'ouvert chemine à l'aise dans la cavité cervicale spacieuse, mais ne peut atteindre l'orifice interne. Le cul-de-sac vaginal latéral et gauche est étroit et profond. Il semble étiré vers le haut. Le doigt explorateur en atteint difficilement le fond.

Par contre dans le cul-de-sac latéral et latéro-postérieur droit, fait saillie une tuméfaction molle, élastique, proéminant fort peu dans l'excavation et immobilisée à l'entrée du bassin. Les contours ne sont pas nettement définis. On ne peut, par le palper abdominal combiné avec le toucher, délimiter nettement cette tuméfaction qui ne dépasse pas le plan du détroit supérieur et qui semble faire corps avec le segment inférieur de l'utérus. Par les organes génitaux s'écoule un liquide teinté de méconium.

Transportée à la clinique, un nouvel examen est fait sous chloroforme le 4 février. Température 37 degrés. Pouls 88. Quelques petites contractions douloureuses. Enfant toujours vivant. Mêmes constatations que la veille. Obliquité irréductible de l'utérus et fixation du segment inférieur anormalement distendu par la tête fœtale bloquée dans la fosse iliaque gauche.

La durée du séjour du fœtus dans la cavitée utérine se

prolongeant comme dans le cas où il existe du côté du col ou du segment inférieur un obstacle à la dilatation, M. Pinard pratique avec M. Segond l'opération césarienne.

Extraction de l'enfant et décollement du placenta. Sur le fond de l'utérus qui ne peut être complètement luxé hors du ventre, court une longue anse intestinale qui est soigneusement décollée. La face postérieure de l'utérus est dans toute son étendue adhérente à la face postérieure abdomino-pelvienne, à l'intestin, au côlon pelvien. M. Segond décolle à grand'peine ces adhérences et libère ainsi la face postérieure de l'utérus.

Dans la fosse iliaque gauche s'affaisse la vaste poche adhérente que forme le segment inférieur surdistendu et flasque. Les surfaces décollées saignent abondamment. M Segond pratique alors rapidement l'hystérectomie, sculptant pour ainsi dire tout le segment inférieur entièrement adhérent aux organes voisins, pinçant les vaisseaux au fur et à mesure qu'ils se présentent, en commençant par le ligament large gauche, pour finir par le droit après avoir ouvert le vagin. Une petite déchirure vésicale est suturée. Paroi en un plan. Drainage vaginal et abdominal.

Suites simples sauf une fistullette qui se ferme le 15 mars Enfant de 3.590 grammes pesant 4.410 à la sortie du service le trente-huitième jour.

Examen de la Pièce. — On est frappé par la distorsion complète de l'utérus et par l'extraordinaire distention de la partie gauche du segment inférieur dont la paroi amincie est toute recouverte d'adhérences, et par l'obliquité du col utérin. Toute la face postérieure de l'utérus depuis le

fond jusqu'à l'insertion vaginale est le siège de brisures d'épaisses et solides adhérences.

L'axe du corps utérin et l'axe du col forment un angle de 90 degrés ouvert vers la droite.

En projection sur un plan frontal, l'utérus *post-partum* apparaît comme étant fixé en latéro-version droite et latéro-flexion droite.

En projection sur un plan sagittal il apparaît fixé en rétro-version et rétroflexion.

Enfin en projection sur un plan perpendiculaire à la section ovarienne il apparaît comme ayant subi une torsion en sens inverse des aiguilles d'une montre de droite à gauche, d'avant en arrière.

Au point le plus saillant de la poche que distendait la tête fœtale, l'épaisseur de tissu utérin n'atteint pas 2 millimètres.

Les contractions utérines n'ont déterminé au niveau du col aucune modification. Son orifice interne est encore fermé.

OBSERVATION IV (inédite)

Observation 1505. Année 1909. Clinique Baudeloque

Salpingite ancienne, Grossesse à terme.
Accouchement et suites de couches normaux.

IV-pare de 32 ans, enceinte de neuf mois entre à la clinique le 15 septembre 1909 pour y accoucher.

Bien réglée à l'âge de 13 ans, cette femme eut d'abord en 1899 et en 1901 deux grossesses normales. En 1902 elle fit un avortement de quatre mois. Le fœtus était mort et macéré. Trois mois après son avortement survient une crise de me-

trite et de salpingite soignée par le repos au lit et des injections chaudes.

En 1905, puis en 1907 elle fait une deuxième et une troisième crises qui sont soignées dans le Service de gynécologie de la Clinique. A chaque crise, la malade a gardé le lit pendant deux mois et plus.

La grossesse actuelle (les D. R. datent de fin novembre 1908) eut une évolution difficile. Des douleurs abdomino-pelviennes obligèrent la femme à conserver un repos prolongé. Les pertes blanches antérieures à la grossesse continuèrent, abondantes, sans douleur à la miction.

L'accouchement eut lieu le lendemain de l'entrée, la durée du travail ayant été de vingt heures, avec une période d'expulsion de trente minutes. Poids de l'enfant : 4.030 grammes. La délivrance eut lieu quinze minutes après. Placenta : 600. Température 36°7.

Les suites de couches furent simples sauf 2 crochets thermiques à 38°5 le huitième jour et à 38 le onzième sans autre incident.

OBSERVATION V (inédite)

(Observation 1308. Année 1913. Clinique Baudelocque)

Salpingite soignée médicalement quatre ans avant grossesse. Accouchement à terme. Suites de couches normales

I-pare de 28 ans, entre le 21 octobre 1913 à la Clinique Baudeloque pour s'y reposer avant d'y accoucher.

Cette femme eut ses premières menstruations à l'âge de 18 ans, irrégulières.

Elle fut soignée médicalement en 1909 pour une salpingite

dans le service de M. Siredey à Saint-Antoine. La grossesse actuelle évolua normalement jusqu'au quatrième mois (les dernières règles sont du 23 janvier 1913). Au quatrième mois la malade eut une crise douloureuse dans la fosse iliaque droite, de diagnostic incertain, salpingite (?) appendicite (?) et fut soignée médicalement. Pendant le huitième et le neuvième mois elle se repose au Vésinet et enfin au dortoir de la clinique.

L'accouchement eut lieu le 14 novembre ; le travail dure plus de trente heures et est terminé par une extraction au forceps pour modification des bruits du cœur. Délivrance artificielle immédiate. Poids de l'enfant :

Température après l'accouchement 37°7. Suites de couches normales, apyrétiques.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Observation 967. Année 1914. Clinique Baudelocque)

Salpingite et grossesse. Accouchement à terme. Suite de couche normales

I-pare de 20 ans, entre à la Clinique Baudelocque le 8 août 1914 pour y accoucher. Réglée à 13 ans, cette femme fut soignée il y a un an pour métrite et salpingite. Des cautérisations ont été pratiquées.

La grossesse actuelle évolue normalement depuis le début, seule est signalée une hypersécrétion vaginale abondante.

L'accouchement a lieu le 8 août 1914, le travail dura moins de douze heures, l'expulsion quarante-cinq minutes sans incident. Poids de l'enfant : 2.490 grammes.

Délivrance trente minutes après, suites de couches normales, apyrétiques.

Placenta : 500 grammes.

OBSERVATION VII (inédite)

(Observation 1472. Année 1914. Clinique Baudelocque).

Salpingite soignée médicalement quatre ans avant grossesse. Accouchement au cours du neuvième mois. Suites de couches normales.

III-pare de 39 ans entre le 30 novembre 1913 à la Clinique pour y accoucher.

Cette femme eut ses premières menstruations à l'âge de 21 ans, très irrégulières, perdant du sang pendant quatre jours tous les quatre mois environ.

Ses deux premières grossesses en 1900 et 1905 furent normales. En 1910 elle entre à l'Hôtel-Dieu pour salpingite et est soignée par le repos, la glace et les injections chaudes à 50 degrés.

La grossesse actuelle évolue normalement depuis le début, les dernières règles sont du 29 février. Seule est signalée une hypersécrétion vaginale abondante.

L'accouchement fut facile, le 30 novembre 1914. La période d'expulsion dura dix minutes sans incident. Poids de l'enfant : 2.280 grammes; la délivrance naturelle fut faite trente minutes après. Placenta : 350 grammes. Les suites de couches furent normales : sauf un clocher à 38 degrés le quatrième jour.

OBSERVATION VIII (Inédite)

(Observation 321. Année 1915. Clinique Baudelocque)

Grossesse et salpingite gauche. Evolution à terme. Forceps. Suites de couches fébriles le troisième jour. Guérison

II-pare âgée de 38 ans, enceinte de sept mois, entre à la clinique le 11 janvier 1916 pour s'y reposer avant d'y accoucher.

Réglée à 12 ans, deux à trois jours par mois, cette femme souffre du ventre depuis son mariage. Elle eut sa première grossesse en 1911 terminée à trois mois par un avortement.

Les années suivantes les douleurs pelviennes sont plus vives et depuis trois ans, la malade est soignée dans le pavillon de gynécologie pour salpingite gauche et utérus fibromateux.

La grossesse actuelle évolue normalement depuis le début (les dernières règles seraient d'avril 1914) et les deux derniers mois sont passés au dortoir de la clinique sans aucun incident.

L'accouchement a lieu le 6 mars 1915. Le travail dure plus de vingt quatre heures et pendant la période d'expulsion qui dure presque trois heures la femme fait des efforts sans rien d'anormal. Une extraction par forceps est pratiquée alors pour arrêt de la progression par défaut de rotation et déflexion de la tête. Poids de l'enfant 4.250 grammes. Délivrance artificielle immédiate. Placenta 700 grammes. Réfection du périnée.

Vingt-quatre heures après, la température du soir est à

38°2 puis sauf un clocher à 38°3 le quatrième jour, redevient et reste normale pendant toutes les suites de couches.

OBSERVATION IX

(Observation de la Clinique Baudelocque. Année 1918. *In* thèse Crivelli. Paris, 1920.)

Femme de 22 ans. Réglée à 14 ans, régulièrement et sans douleurs.

Un accouchement normal à terme en 1906, qui aurait été suivi onze jours plus tard par une phlébite gauche pour laquelle elle serait restée trois semaines au lit.

Une fausse-couche de trois mois en 1910. Au deuxième mois, on aurait fait à la Pitié le diagnostic de rétroflexion de l'utérus gravide, il n'y avait pas de troubles urinaires. Au troisième mois, avortement. Elle resta huit jours à l'hôpital, et les règles revinrent six semaines après l'avortement.

En 1918, troisième gestation : dernières règles du 29 septembre au 6 octobre. Vers la fin de novembre, elle consulte un médecin pour « une pesanteur gênante dans le bassin » ; il fait le diagnostic de rétroversion. Il n'y avait pas de troubles urinaires, qui n'apparaissent que dans la deuxième moitié de décembre, avec miction difficile, surtout le matin au réveil. Un médecin a dû pratiquer une fois le cathétérisme pour rétention d'urine. Constipation relative.

13 janvier 1918.— Elle entre à la Clinique Baudelocque et l'on constate :

1° Au-dessus du pubis, une tumeur médiane rénitente, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et à concavité supérieure Ce n'est pas la vessie;

2° Derrière le pubis et à hauteur du bord supérieur de la symphyse, on atteint par le toucher le col utérin;

3° Le petit bassin est occupé par une tumeur rénitente irréductible siégeant dans le Douglas.

Il est impossible de fixer avec certitude les connexions entre la tumeur abdominale et la tumeur pelvienne. Elle est examinée plusieurs fois par MM. Pinard-Couvelaire, Lévy-Solal, sans qu'un diagnostic précis soit affirmé. L'hypothèse qui répond le mieux aux sensations fournies par le toucher et le palper est celle d'un utérus gravide refoulé par une tumeur kystique pelvienne.

Laparotomie le 6 février.

La vessie est tout entière abdominale, ses parois n'ont rien d'anormal.

Derrière elle, émerge une tumeur dont le dome libre est constitué par la face antérieure de l'utérus gravide, et qui plonge dans le petit bassin.

Elle adhère au rectum, au côlon pelvien, et aux parois pelviennes.

Les annexes gauches, légèrement hypertrophiées, sont englobées dans des adhérences peu solides.

En somme c'est la face postérieure de l'utérus qui constituait la tumeur pelvienne. Elle est prudemment libérée sans difficulté notable et l'utérus reprend sa position normale. Le suintement sanguin est négligeable. Fermeture en trois plans sans drainage.

Suites : le 3 février, température 39 degrés Légère parotidite traitée par expression qui fait rendre quelques gouttes de pus le 10 et le 11 et la température redevient normale.

L'utérus n'a pas présenté de contractions douloureuses.

Le 30 mars, la femme sort en parfait état. Le col a repris et gardé sa position normale.

Le 11 juillet 1913, deux cent quatre-vingt-cinquième jours après les dernières règles elle revient accoucher. Travail normal. Durée six heures trente.

OBSERVATION X

Observation 2.008. Année 1921. Clinique Baudelocque.
(In thèse Job. Paris, 1923, page 69.)

Prosalpinx au cours du troisième mois. Laparotomie. Drainage. Avortement en deux temps. Guérison.

II pare, 23 ans, entre à la clinique au cours du troisième mois de la gestation pour douleurs abdominales violentes durant depuis 15 jours accompagnées de pertes de sang d'odeur fétide.

Infection à la suite du premier accouchement. Métrorragies abondantes. Depuis règles irrégulières. Amaigrissement considérable.

A l'entrée, température 37°2. Pouls 96. Mauvais état général. Au toucher col dévié à gauche, utérus rejeté à gauche par une masse très douloureuse occupant toute la partie inférieure de la fosse iliaque droite.

M. Couvelaire, en raison de l'état général, décide d'intervenir d'urgence.

Opérateur : M. Lévy-Solal.

Anesthésie au chloroforme.

Laparotomie médiane dans la fosse iliaque droite ; on tombe sur un agglomérat comprenant des anses intesti-

nales, le cæcum, l'appendice et la trompe. Exploration. Issue de pus verdâtre. La poche pénètre profondément dans le bassin. Nettoyage à l'éther. Drainage à la Mickulicz, sans ablation de la poche.

Six heures après l'intervention, expulsion d'un embryon du poids de 50 grammes. Expulsion du placenta vingt heures après.

Suites opératoires simples. Sortie le cinquantième jour. Cicatrisation effectuée.

OBSERVATION XI (Inédite)

Observation 994. Année 1923. Clinique Baudelocque

Grossesse de trois mois et annexite bilatérale. Avortement. Guérison. Salpingectomie trente-cinq jours après.

VI-pare de 30 ans, enceinte de trois mois entre à la clinique le 26 juillet 1923 parce qu'elle souffre du ventre et qu'elle perd du sang. Elle avait quitté le 15 juillet le service de gynécologie de la clinique où on avait diagnostiqué son début de grossesse coexistant avec une annexite double.

Bien réglée depuis l'âge de 12 ans, cette femme avait commencé à souffrir du ventre après son mariage et à avoir des pertes jaunâtres. Après la première grossesse en 1914, dont les suites de couches furent fébriles, les douleurs pelviennes s'exagèrent, tandis que ses règles très irrégulières et abondantes alternaient avec des pertes jaunâtres.

Elle fut soignée en outre pour une tuberculose pulmonaire. Elle eut néanmoins une deuxième, une troisième et

une quatrième grossesse dont l'évolution et les suites furent normales.

En 1921, enceinte pour la cinquième fois elle fait un avortement tout au début de sa grossesse et subit un curettage.

Dès lors les douleurs deviennent très aiguës et la malade entre à l'hôpital. Une première fois elle passe deux mois à Cochin et est soignée pour salpingite, une deuxième fois dans le service de gynécologie de la clinique Baudelocque, où elle entre le 19 mai 1923. On constate alors que son utérus est gros, rejeté en avant par une masse annexielle gauche très douloureuse et un peu rénittente, et qu'il existe également une annexite droite plus petite. Mise au lit, glace sur le ventre, sa température oscillant entre 37 et 38, la malade reste jusqu'au 15 juillet. L'examen de sortie permet de porter le diagnostic probable de grossesse de deux mois. L'utérus est en anteflexion, douloureux à la mobilisation. L'annexite gauche est en voie d'amélioration. A droite il persiste un empâtement diffus, douloureux, gagnant en arrière de l'utérus.

Dix jours après sa sortie, le 25 juillet 1923, elle entre à nouveau à la clinique. Elle raconte qu'à sa sortie elle se fit reconduire chez elle par un taxi, qu'elle souffrait à chaque secousse du trajet et que dès son arrivée chez elle elle dut s'aliter. Des douleurs plus vives l'obligèrent à ce jour à rentrer à la clinique.

Examen d'entrée. — Douleurs pelviennes. Expulsion de caillots. Utérus gravide de deux mois et demi environ. Contractions utérines. Col mou. Culs-de-sacs très douloureux. Température 38 degrés.

Quarante-huit heures après. — Expulsion d'un fœtus

de 75 grammes. Température 38 degrés. Curage digital.

La température tombe le lendemain, mais remonte quatre-vingt-dix-neuf jours après et oscille comme au début de sa grossesse entre 37 et 38°2. Les pertes jaunâtres sont abondantes, les douleurs sont intermittentes.

Le 23 août l'examen donne les renseignements suivants : utérus ne paraissant pas augmenté de volume, versé à gauche et un peu en arrière, mobilisable. On peut le ramener en avant mais incomplètement sur la ligne médiane. Annexite gauche douloureuse.

Le 1er septembre, la malade est opérée. Les annexes gauches malades sont enlevées. L'ovaire est gros, scléro-kystique. Suites normales.

OBSERVATION XII (Inédite)

(Observation 457. Année 1925. Clinique Baudelocque.)

Grossesse de trois mois et salpingite droite. Avortement. Guérison.

II-pare de 28 ans, enceinte de trois mois, entre à la clinique le 17 mai 1925 pour douleurs pelviennes.

Réglée à l'âge de 14 ans, cette femme eut des menstruations assez irrégulières et douloureuses. Après ses premiers rapports sexuels, elle eut des pertes jaunâtres qui plus tard s'accompagnèrent de douleurs pelviennes accrues par la fatigue.

En 1923, sa première grossesse évolua et se termina normalement. Les règles réapparurent trois semaines après, toujours irrégulières. Les douleurs pelviennes s'accrurent

et en novembre 1924, on diagnostique une salpingite droite.

Les dernières règles qui étaient du 23 octobre réapparaissent le 28 novembre ; puis au début de chaque mois survient une perte sanguine tandis que pertes jaunâtres et douleurs pelviennes continuent.

Une perte aqueuse et l'exagération des douleurs amènent la malade à la clinique le 17 mars 1925.

A son entrée on constate un état sub-fébrile. Température 37°8 ; on diagnostique un utérus gravide de trois mois et une annexite droite. Le cul-de-sac gauche est libre et non douloureux ; dans le cul-de-sac droit très douloureux, on trouve une masse de la grosseur d'une petite mandarine.

Le 19 mars un fœtus de 115 grammes est expulsé. Le 20 mars la température est encore à 38°2. Un curage digital pratiqué le lendemain ramène le placenta, la température tombe en quarante-huit heures, et la femme sort en bon état quelques jours après.

OBSERVATION XIII

(Observation Wagner. In thèse Wagner. Strasbourg, 1920.)

Femme de 37 ans. VI-pare, entre à la clinique le 1er juillet. Dernières règles le 28 avril. Depuis trois semaines, hémorragies intermittentes et douleurs dans le bas-ventre. N'a jamais été malade auparavant.

A l'examen l'utérus est grossi (commencement du 3e mois). A droite tumeur molle peu sensible, fluctuante, du volume d'un poing. Pas de fièvre. Diagnostic grossesse extra-utérine droite.

Opération trois jours plus tard. Fortes adhérences entre

l'intestin et les organes génitaux. L'utérus est grossi et présente à chacune de ses cornes une tumeur molle du volume d'une petite noix.

Pyosalpinx droit, accolé au cæcum et à l'appendice, qui se trouve en état d'inflammation chronique. *Salpingite purulente gauche.*

Extirpation totale de l'utérus et de ses annexes. Appendicectomie. Drainage par le vagin. Suites banales.

L'utérus contient un fœtus de quatre mois. Membranes intactes. Les cornes tuméfiées renferment chacune un abcès.

A l'examen histologique pas de signe de tuberculose. Pas de gonocoques dans le pus.

OBSERVATION XIV

(Observation Brindeau, in Thèse Baudet. Paris, 1921, p. 73.)

Douleurs vives au cours de grossesse. Laparo-exploratrice. Lésions légères d'un ovaire. Accouchement normal.

Mme..., 27 ans. A présenté avant sa grossesse des pertes blanches qui se sont exagérées depuis la suspension de règles. La malade entre à l'hôpital parce qu'elle souffre dans le côté droit. Les douleurs surviennent par crises, elles sont extrêmement violentes au point d'empêcher la malade de supporter le poids du drap.

A l'examen cicatrice d'opération d'appendicite. Défense musculaire dans la fosse iliaque droite.

Au toucher, col mou, petit, utérus du volume d'une mandarine, douloureux à la mobilisation. Culs-de-sac gauche libre, le droit bombe dans le vagin.

Laparotomie exploratrice. On ne trouve rien pouvant expliquer les douleurs, si ce n'est que l'ovaire est volumineux, dépoli, qu'il semble coincé entre la face postérieur de l'utérus et le ligament large. Sutures de la paroi. Morphine. Accouchement à terme.

OBSERVATION XV

(Observation Brindeau, in thèse Baudet. Paris, 1921, p. 72.)

Salpingite. Grossesse normale. Poussée d'annexite aiguë dans les suites de couches

Mme X..., 27 ans. Accouchement normal en décembre 1916. Au début de 1917 apparaissent des pertes verdâtres abondantes, les règles deviennent douloureuses. En juillet 1917 pelvipéritonite qui oblige la malade à garder le lit pendant un mois et demi. En mars 1919, cessation des règles. Grossesse normale sans douleurs. Accouchement le 30 décembre, rapide. Rupture tempestive des membranes. Délivrance naturelle complète.

Aussitôt après la malade se plaint, de douleurs dans le bas ventre, douleurs continues non calmées par l'antipyrine et qui persistent les jours suivants. La température atteint 40 degrés le troisième jour et pendant deux semaines oscille entre 38 et 40 degrés. Quelques vomissements, ventre légèrement ballonné. Le toucher pratiqué le troisième jour permet de reconnaître un utérus normal dont le col se ferme. Dans le cul-de-sac gauche on sent une masse dure, douloureuse, irrégulière, étendue de l'utérus à la paroi du petit bassin. Cette tuméfaction augmente de volume les jours

suivants. Par le repos, la glace, les injections chaudes, les douleurs s'atténuent pour disparaître au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION XVI

(Observation Brindeau, in thèse Baudet. Paris, 1921, p. 75.)

Grossesse compliquée de salpingite. Péritonite. Avortement. Salpingectomie. Drainage. Mort.

I-pare amenée à l'isolement en pleine péritonite. Elle était enceinte de trois mois environ et souffrait depuis sa grossesse Elle avait des pertes blanches et présentait des douleurs pelviennes avant de devenir enceinte. Pertes sanglantes s'accompagnant d'expulsion de caillots. Douleurs qui amènent l'expulsion d'un œuf de trois mois. Dès le lendemain élévation de température avec douleurs très violentes dans l'abdomen. Vomissements. Transport à la Pitié. Etat grave, facies péritonéal, pouls très rapide, cyanose des extrémités. A présenté des vomissements verts mais ne vomit plus. Abdomen météorisé, peu douloureux, sauf dans les fosses iliaques. Au toucher col ouvert, utérus gros, immobile, douloureux, empâtement dans le Douglas et la fosse iliaque. Etant donné les accidents brusques et les antécédents, on pense à une pelvi-péritonite consécutive à une salpingite antérieure à la grossesse et compliquée de péritonite généralisée du fait de l'avortement.

Intervention : incision sous-ombilicale. Issue d'un flot de bouillon sale. On passe la main derrière l'utérus, il s'écoule du pus crémeux épais. La main explore l'utérus qui est sain. La trompe droite est turgescente, du volume du petit

doigt ; le pavillon est œdématié, violacé. Au moment où l'on extrait les annexes il s'écoule une véritable éjaculation de pus très épais. Résection de la trompe et de l'ovaire. Lavage à l'éther. Deux drains. Mort le lendemain.

OBSERVATION XVII

(Observation Brindeau in thèse Baudet. Paris, 1921, p. 74.)

Grossesse compliquée de salpingite. Péritonite. Salpingectomie. Drainage. Guérison.

I-pare ayant des pertes blanches mais n'ayant jamais souffert du ventre. Enceinte de trois mois et demi environ ; présente depuis sa grossesse quelques douleurs dans la fosse iliaque droite. Pas de constipation. Les pertes ont augmenté et sont devenues verdâtres depuis qu'elle est enceinte. Douleur subite violente dans le côté droit qui l'amène à la Pitié avec diagnostic d'appendicite. Facies un peu grippé ; pouls rapide mais bien frappé. Vomissements bilieux. Abdomen un peu ballonné. Défense nette à droite (ventre de bois). Col fermé mais très ramolli, pertes sanguinolentes. Utérus gros, cinq mois et demi environ, peu mobile ; empâtement dans le cul-de-sac postérieur et à droite. Diagnostic appendicite ou plutôt salpingite gonococcique compliquant la grossesse ; le diagnostic est basé sur les antécédents, sur la douleur à la mobilisation de l'utérus et sur l'empâtement du Douglas. Opération pratiquée trente-six heures après le début des accidents. Incision dans le flanc droit, issue d'une assez grande quantité de bouillon sale dans lequel flotte de la fibrine. La trompe droite sort immédiatement par l'incision.

Elle est très mobile, rouge, turgescente, les franges violacées et œdématiées. En le saisissant dans les doigts il s'écoule un pus épais (pus de blennorragie aiguë). Résection de la trompe, lavage à l'éther, drainage. Trompe gauche et appendice sains.

Le lendemain contractions utérines et expulsion d'un œuf complet. Travail de fausse couche probablement commencé avant l'opération (utérus dur, col très mou ; pertes de sang). Guérison.

Examen du pus de la trompe : gonocoque pur.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

(Observation Grimault et Burg. *Bull. Soc. Obst. Gyn.*, 1922, p. 511).

Suppuration abdomino pelvienne au cours de la grossesse. Laparotomie. Drainage. Guérison rapide. Accouchement spontané à terme.

VI-pare de 33 ans. Aucun passé pathologique avant son cinquième accouchement qui a été suivi d'une infection puerpérale grave, probablement salpingo ovarite ou pelvi-péritonite accompagnée de fièvre élevée pendant un mois.

Dernières règles fin août 1921. Les douleurs pelviennes qui existaient à chaque période menstruelle, depuis le dernier accouchement, deviennent permanentes.

Fin octobre 1921. — La malade s'alite. Température 38 degrés. Utérus rétroversé gros et ramolli, surmonté d'une tumeur volumineuse douloureuse, non mobile, remplissant le petit bassin, débordant même la symphyse.

Les jours suivants la tumeur toujours très douloureuse atteint l'ombilic et dessine une voussure sous la paroi abdominale. Par toucher vaginal, on perçoit une masse œdémateuse d'où émerge le col utérin derrière la symphyse.

Diagnostic : collection suppurée abdomino-pelvienne et grossesse.

Intervention : 19 novembre 1921. Laparotomie sous ombilicale. Isolement d'une partie de la paroi antérieure de la tumeur, libérée des adhérences intestinales et épiploïques.

L'utérus est pelvien, sous la tumeur et ne sera pas vu pendant l'opération.

Après protection du champ opératoire, rupture de la tumeur purulente et marsupialisation.

Suites opératoires simples. Chute de la température. Disparition des douleurs. Guérison. Evolution de la grossesse, accouchement le 2 juin 1922 d'un enfant de 5 kilos et suites de couches normaux.

OBSERVATION XIX

(Observation Arnold. *Zentralblatt fur gynäcologie*, 28 janvier 1922, p. 139. Analyse in *Revue française de Gyn. et Obst.*, n° 4, 1923, p. 138.)

Grossesse après annexite bilatérale grave

I-pare de 27 ans examinée à plusieurs reprises, traitée en 1915 pour annexité bilatérale et qui accouche en 1921. L'enfant dut être soigné pour gonococcie ; l'examen ultérieur de la femme montre un utérus mobile avec annexes libres.

OBSERVATION XX

(Observation Ottow. *Zentralblatt fur gynäcologie*, 2 septembre 1922, p. 1406. Analyse in *Revue française de Gyn. et Obst.*, n° 22, 1923, p. 669.)

Un cas de grossesse après salpingite bilatérale avec abcès du douglas.

II-pare de 22 ans soignée pour salpingite bilatérale grave avec abcès du douglas après avortement criminel ; la grossesse évolua normalement et quoique la femme ait été perdue de vue l'accouchement semblait devoir être spontané.

OBSERVATION XXI

(Observation Richter. *Zentralblatt fur Gynäcologie*, 10 mars 1923, p. 393. Analyse in *Revue française de Gyn. et Obst.*, n° 19, 1924, p. 593.)

Une II-pare ayant eu un premier accouchement terminé par version pour présentation de l'épaule, mais sans suites fébriles, en 1919, entre à la clinique de Dresde le 14 janvier 1922, pour violentes douleurs abdominales depuis deux jours, alors qu'elle était enceinte de sept mois ; diagnostic de péritonite purulente, mais à étiologie indéterminée (abcès appendiculaire, rupture de pyosalpinx ou de l'utérus).

La laparotomie montre un abcès de l'ovaire gauche avec gros kyste de l'ovaire droit ; hystérectomie difficile par suite des adhérences ; mort par péritonite.

OBSERVATION XXII

(Observation Koch. *Zentralblatt fur gynacologie*, 31 mars 1923, p. 514. Analyse in *revue de Gyn. et Obst.*, n° 19, 1924, p. 596.)

II-pare de 29 ans. Annexite bilatérale, suite de couche en septembre 1921. Amélioration par le traitement médical mais persistance de deux masses annexielles en octobre.

Dernières règles fin novembre. Accouchement spontané en septembre sans suites fébriles.

OBSERVATION XXIII

(Observation Brindeau *in* thèse Limouzin Lamotte Paris, 1924, p. 50.)

Grossesse compliquée de salpingite. Laparotomie exploratrice. Evolution normale de la grossesse.

Mme B..,, 33 ans, entre à la clinique le 8 avril parce qu'elle souffre du ventre depuis un mois. Elle est enceinte d'environ trois mois et demi, aucun antécédent génital, jamais de pertes. Règles régulières. Grossesse et accouchement normaux, il y a dix-huit mois. Dernières règles 18 décembre. Presque aussitôt a commencé de perdre en blanc rosé. Ces pertes n'ont pas cessé complètement. N'a commencé à souffrir qu'en février ; mais depuis les douleurs se sont accentuées et l'ont obligée à cesser tout travail, à s'aliter. N'a jamais eu de température élevée.

Au toucher empâtement douloureux surtout à droite. Le

diagnostic est posé : salpingite compliquant la grossesse.

Opérée le 10 avril : incision verticale sous-ombilicale. l'utérus est à 4 travers de doigt au-dessus du pubis. Il est très mou et ne se contracte pas sous la main qui le palpe. On trouve les annexes droites complètement adhérentes au fond du douglas. Mais ces adhérences sont très friables et se laissent facilement dissocier. On se contente de les libérer.

Du côté gauche mêmes lésions mais beaucoup moins accentuées. Corps jaune à gauche. L'appendice semble normal on l'enlève cependant. Anesthésie au chloroforme. Le 14 avril a reçu 3 centigrammes de morphine tous les jours. L'utérus ne paraît pas avoir tendance à se contracter. La malade se remet peu à peu.

OBSERVATION XXIV

(Observation Brindeau in thèse Limouzin Lamotte. Paris, 1924, p. 41.)

Grossesse compliquée d'annexite suppurée. Laparotomie exploratrice. Drainage. Avortement. Guérison.

Mme L..., 22 ans, entrée à la clinique le 7 décembre 1923 pour grossesse compliquée d'environ trois mois et demi.

Pas d'autres antécédents qu'une typhoïde à l'âge de 18 ans. Réglée à 17 ans. Règles régulières, non douloureuses, abondantes (7 jours). Jamais de pertes blanches. N'a jamais eu de crises douloureuses ni de poussées fébriles.

Mariée en juillet 1923. Après cette date elle a encore ses règles le 15 août, très courtes (2 jours), mais à l'époque nor-

male. Elle continue d'avoir des rapports avec son mari jus qu'au début de septembre.

Vers le 5 septembre elle ressent des élancements dans le bas-ventre survenant surtout au repos. Pas de fièvre, pas de vomissements. Elle continue à faire son ménage. Ne suit aucun traitement sauf quelques compresses chaudes sur le ventre.

Le 15 novembre, elle consulte un médecin qui la lavemente pour une constipation rebelle et la sonde deux ou trois fois parce qu'elle a de la difficulté à émettre plus de quelques gouttes d'une urine claire, sans dépôt, non albumineuse. Elle reste alors couchée trois semaines. Elle souffre, mais n'a alors ni fièvre ni écoulements.

Entre à la clinique le 7 décembre. M. Brindeau trouve une masse remontant à l'ombilic avec au-devant une masse plus petite. La masse postérieure offre la consistance d'un utérus gravide et se contracte. L'antérieure a une consistance irrégulière. On pense à une grossesse ectopique.

Opérée le 8 décembre. Anesthésie à l'éther. Longue incision dépassant l'ombilic, on ouvre la grande cavité péritonéale seulement au-dessous. Tout est masqué par le grand épiploon qu'on résèque.

Puis, second plan formé par un toit d'anses grêles agglutinées, la plupart coudées à angle aigu très adhérentes ; on les libère aux ciseaux. Pendant ces manœuvres il s'écoule du pus lié sans odeur. On explore à nouveau la région et on aperçoit qu'il est impossible de libérer le toit intestinal. On se contente de drainer la poche après avoir préservé les intestins par une mèche. Il s'agit d'une femme enceinte atteinte de suppuration pelvienne.

Le même soir vers 9 heures la femme qui avait été très agitée toute la journée, expulse spontanément un œuf contenant un embryon d'environ 3 mois et demi.

Le 20 décembre : au toucher, utérus rétroversé légèrement sensible mais mobile en tous sens. Culs-de-sac libres. La malade perd un liquide blanc roussâtre depuis son opération.

Le 5 janvier la malade ne souffre plus. La plaie opératoire est en voie de cicatrisation complète. Perd du sang rouge en quantité depuis quarante heures (retour de couches prématuré). Douglas et culs-de-sac latéraux absolument indolores quoique un peu empâtés. Etat général absolument satisfaisant. Sort de la clinique peu après, guérie.

OBSERVATION XXV

(Observation Brindeau, *in* thèse Limousin-Lamotte. Paris, 1924, p. 42.)

Grossesse compliquée d'annexite suppurée. Extirpation des annexes. Avortement. Guérison.

Mme C..., 31 ans. Mariée depuis 1917, réglée à 15 ans. Règles toujours régulières mais douloureuses et peu abondantes (2 jours).

En 1921, accouchement normal ; garçon bien portant à l'heure actuelle. Il y a un an, fausse-couche d'un mois. Curettage quelques jours après parce que fièvre. Trois semaines après, crise de salpingite aiguë très douloureuse avec pertes blanches. Entre temps, phlébite du membre inférieur gauche. Reste couchée d'avril à juillet. Les règles sont redevenues normales.

Bien portante jusqu'en janvier 1924. A cette époque suppression des règles et petits signes de grossesse. Presque aussitôt les douleurs reparaissent violentes dans le bas-ventre. Très peu de pertes blanches. Tous les soirs 38 et 38°5 pendant les mois de janvier et février, malgré cela ne s'allite pas complètement.

Le 6 mars entre à Tarnier. M. Brindeau qui l'examine pense à un kyste suppuré de l'ovaire, à une salpingite suppurée ou à un hydrosalpinx tordu. Impossible de préciser le diagnostic.

Opérée le 8 mars. Anesthésie à l'éther. Incision verticale sous-ombilicale : L'utérus apparaît immédiatement au-dessus de la symphyse: gros, mou, congestionné. Autour de lui il y a des adhérences principalement à droite et au fond. Une partie des adhérences est facile à libérer ; mais lorsqu'on veut sectionner celles qui réunissent les annexes à l'utérus on s'aperçoit que celles-ci sont très adhérentes au Douglas et principalement à la fosse illiaque interne. On arrive peu à peu à les décoller ; une poche se rompt, laissant écouler une cuillerée à soupe de jus fétide. On continue la décortication et on enlève les annexes malades. Lavages du Douglas avec compresses et éther. L'utérus ne s'est pas contracté au début, mais dès que l'on ferme la paroi, on voit se produire une contraction très nette sous les yeux. Petite mèche dans le Douglas. Hémostase facile.

Le 24 mars, très facilement et après quelques douleurs, avortement de deux mois et demi environ. En deux temps : expulsion du fœtus, puis curage digital ramenant le placenta. Hémorragie assez abondante. Sérum : 1 litre.

Le 8 avril état général très satisfaisant, la plaie est presque complètement cicatrisée. Considérée comme guérie

OBSERVATION XXVI

(Observation Derchef, *Bull. Soc. Obst.*, 8, 1924, p. 617.)

Légère salpingite gauche chez une femme enceinte de deux mois. Laparotomie exploratrice. Accouchement à terme d'un enfant bien portant. Phlegmon du Douglas pendant les suites de couches.

Mme Berthe D..., 33 ans. Entre à l'hôpital le 6 septembre 1922.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans. Règles régulières ; 3 enfants, 2 bien portants, 1 mort aussitôt après la naissance.

Souffre du ventre depuis deux ans et surtout depuis un mois. Retard des règles depuis six semaines. Leucorrhée abondante depuis deux ans.

Toucher vaginal : Cul-de-sac gauche un peu douloureux ; pas de tuméfaction. Le fond de l'utérus donne l'impression d'une grossesse de deux mois.

La malade insiste pour être opérée à cause des douleurs à gauche. Opération le 12 septembre 1922. Ether. *Laparatomie exploratrice.* Salpingite légère à gauche : adhérence de corne gauche aux anses intestinales.

Utérus mou, contient un fœtus de deux mois environ. Fermeture du ventre.

Suites opératoires. — Réunion par première intention, sort le 30 septembre 1922. La grossesse suit son cours normal, accouchement à terme le 16 avril 1923, d'un enfant bien portant. Suites de couches pathologiques: phlegmon du Douglas ayant nécessité une colpotomie postérieure.

OBSERVATION XXVII

(Observation Heully, *Bull. Soc. Obst.* 7, 1924, p. 540.)

Tuberculose annexielle bilatérale. Salpingectomie gauche. Résection partielle de l'ovaire tuberculeux et de la trompe droite. Grossesse consécutive.

Mlle D..., 19 ans, expéditionnaire à la Compagnie de l'Est; vient me consulter en mars 1921. Elle souffre du bas ventre depuis de longs mois, a des pertes vaginales très abondantes, de couleur jaune verdâtre ; les règles sont pénibles. A la fin de ses époques la malade éprouve des coliques très douloureuses après lesquelles elle perd un liquide malodorant qui laisse sur le linge du pus et du sang. Le toucher rectal révèle une trompe gauche grosse et douloureuse.

La malade est jeune fille et doit se marier prochainement. D'accord avec sa famille, je tente un traitement médical par le drainage utérin, qui semble d'abord amener un grand soulagement ; le volume de la trompe gauche diminue, les règles se produisent presque sans douleurs et sans pertes de mauvais aspect : Le traitement est conduit jusqu'au début de mai. A ce moment la malade ne souffre plus, ni la marche ni la bicyclette ne réveillent les douleurs, les règles sont faciles, l'état généralisé remonte. Le mieux continue jusqu'en juillet.

Alors les douleurs reparaissent, la trompe redevient grosse et sensible, les pertes jaunâtres sont abondantes: des ovules ne donnent pas de mieux.

En septembre, l'ovaire droit jusque-là indemne devient lui

aussi douloureux à la palpation et grossit ; la malade maigrit.

En présence de cette lésion qui menace de devenir bilatérale je propose une opération que je promets conservatrice ; cette jeune fille ne voulant se marier que si elle peut devenir mère.

Le 21 septembre, intervention avec l'aide du Dr Chabeaux. Incision de Pfannestiel. Enlèvement de la trompe et de l'ovaire gauche en totalité. Il y a là un abcès froid tubaire contenant deux cuillerées à soupe de pus environ. Résection de l'ovaire droit supprimant une moitié de l'ovaire et une partie du pavillon de la trompe qui lui adhère. La portion restant de la trompe est suturée sur la tranche de l'ovaire de manière à l'encapuchonner. Un minuscule kyste du paroovaire, gros comme un pois, à contenu transparent est enlevé en même temps. La moitié interne de l'ovaire enlevée par résection contient un petit abcès froid, comme un noyau de cerise.

Suites opératoires très simples. Le 11 octobre l'opérée rentre chez elle : fin octobre les règles reparaissent.

Une amélioration considérable s'ensuit, les pertes ont cessé, les douleurs ont disparu, le poids a augmenté de 3 kilogrammes. Le mieux est durable et en 1922, la jeune fille se marie. Une grossesse survient qui se termine en mai 1923 par la naissance à terme d'un vigoureux garçon. Aucun incident pendant la grossesse ni pendant l'accouchement.

J'ai revu récemment cette dame qui ne souffre pas et chez laquelle l'examen ne révèle rien d'anormal.

OBSERVATION XXVIII

(Observation Fruhinsholz, *Bull. Soc. Obst.*, oct. 1924, p. 683.)

Tuberculose annexielle bilatérale. Salpingectomie droite et ignipuncture de l'ovaire gauche pour lésions tuberculeuses. Grossesse normale cinq ans après.

Mme X..., 41 ans, réglée à 12 ans, d'abord régulièrement, puis irrégulièrement avec une interruption de deux ans, vers la seizième année. Mariée à 20 ans. Premier enfant à 21 ans. Psychose puerpérale passagère, consécutive, après quoi les règles restent espacées ne revenant que toutes les six semaines. A deux reprises vers l'âge de 29 ans, la malade présente des interruptions de règles de neuf mois chaque fois, lui donnant à deux reprises l'illusion qu'elle est enceinte et suivie chaque fois d'un état neurasthénique très accusé, avec tendance à l'embonpoint. A la suite de ces incidents la malade garde des règles espacées et douloureuses, un ventre endolori par la moindre fatigue. A ce moment l'utérus est gros, instable, la trompe droite est épaisse, douloureuse au palper bimanuel. Il y a encore à plusieurs reprises des interruptions de règles de plusieurs mois. En avril 1914, la malade est opérée à l'âge de 35 ans, par le Dr Desjardins, qui trouve une salpingite droite, des lésions bacillaires sur l'ovaire droit, une rétroversion utérine, de l'appendicite et des lésions tuberculeuses discrètes sur l'ovaire gauche (Com. écrite du Dr Desjardins). Le Dr Desjardins fait une castration droite, une appendicectomie, une ligamentopexie à la Doléris, de l'ignipuncture sur l'ovaire

gauche *reconnu tuberculeux*. Dès lors les règles réapparaissent régulièrement et la malade ne souffre plus du ventre. Sitôt la guerre terminée, cette personne qui n'avait plus été fécondée depuis vingt ans redevient apte ; elle commence à faire coup sur coup et sans incident deux avortements, l'un de trois mois en mars 1919 et l'autre de un mois en juin 1919.

Dès octobre 1919, elle recommence une quatrième grossesse légèrement incidentée par un écoulement sanguin en novembre et un autre en février 1920. La grossesse évolue normalement avec un bon état général et local, marquée seulement par quelques crises d'entérite. Le 1er juillet 1920, accouchement en quatre heures d'un garçon de 3.250 gr. Délivrance normale. Suites normales. Elle allaite partiellement et passagèrement. Elle se rétablit intégralement. L'enfant va bien.

OBSERVATION XXIX

(Observation Auvray, *Bull. Soc. Obs.*, janvier 1925, p. 34.)

Légère salpingite droite et pyosalpinx gauche chez une femme enceinte de deux mois. Laparotomie. Rupture du pyosalpinx et ablation. Drainage. Guérison. Evolution normale de la grossesse.

Mlle L. M..., 23 ans, a fait il y a trois ans un avortement provoqué ; les mois qui suivirent furent marqués par l'apparition de pertes blanches importantes et de métrorragies ; on avait parlé à l'époque d'un léger degré de salpingite ; peu à peu les pertes de sang disparaissent et les pertes blanches diminuent, elles sont devenues presque

insignifiantes depuis déjà un an quand survient l'événement qui amène la malade à l'hôpital.

Enceinte de nouveau la malade a essayé sans résultat de se faire avorter. Au moment où elle se soumet à notre examen elle n'a pas vu ses règles *depuis deux mois*, c'est-à-dire depuis le 20 septembre 1924. La grossesse ne semble pas douteuse ; en plus de l'arrêt des règles il existe des troubles sympathiques et des modifications au niveau des seins. La malade raconte qu'elle a eu, à l'époque présumée des règles, de petites pertes sanguines, brun chocolat qui se sont accompagnées de légères coliques et qu'elle a présenté par deux fois de brusques débâcles d'hydrorrhée qui l'ont obligée à se garnir. Enfin un médecin qui a eu l'occasion de pratiquer le toucher à plusieurs reprises dans les trois dernières semaines, a senti à travers le cul-de-sac latéral du vagin une petite masse qui s'est développée progressivement à gauche de l'utérus. C'est pour l'ensemble de ces symptômes anormaux au cours d'une grossesse que la malade vient consulter.

Le toucher vaginal révèle un col ramolli, non entr'ouvert en position sensiblement normale. Le corps de l'utérus légèrement globuleux est augmenté de volume et vient affleurer le bord supérieur du pubis ; à travers le cul-de-sac gauche du vagin on sent nettement une masse, grosse comme une noix, séparée de l'utérus par un sillon. Cette masse est sensible sans être toutefois vraiment douloureuse; elle n'est pas mobile.

Du côté droit on ne sent rien ; cependant la sensibilité un peu exagérée au niveau du cul-de-sac droit, un certain manque de souplesse font penser qu'il existe peut-être à ce

niveau un peu de salpingite. La température est absolument normale. De l'ensemble de ces signes il ne se dégage pas un diagnostic certain et l'on hésite entre une grossesse extra-utérine tubaire avec gros utérus et une salpingite coexistant avec une grossesse. Dans la crainte de laisser évoluer sans intervenir une grossesse extra-utérine, diagnostic qui au premier abord semble le plus favorable, on décide d'hospitaliser la malade et de l'opérer.

Opération le 28 novembre. — Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'utérus est gros, arrondi, violacé, manifestement gravide. A droite les annexes sont peu malades, cependant il existe une légère inflammation de la trompe et quelques adhérences lâches, mais ce sont là des lésions trop légères pour qu'on songe à faire une opération de salpingectomie.

A gauche les annexes encapuchonnées sous et derrière le ligament large lui adhèrent ainsi qu'au péritoine pariétal et tirent à elles l'utérus qui est basculé de côté. Le décollement des annexes qui doivent être enlevées, est difficile ; au cours des tractions faites pour décoller la masse annexielle, une petite poche purulente se rompt. Les annexes libérées apparaissent congestionnées, très augmentées de volume, la trompe est multilobée et contient du pus. Après ligatures placées sur la corne utérine et sur le pédicule utéro-ovarien on pratique l'ablation des annexes. Un petit surjet referme la tranche péritonéale et on joint les moignons des pédicules. Un petit drain à cause de la suppuration des annexes, est laissé en place dans le Douglas.

Les suites opératoires, ont été très simples ; la température n'a pas même atteint 38 degrés dans les premiers

jours après l'opération ; un petit écoulement sanguin vulvaire est apparu, qui s'est arrêté en quelques heures. Le drain par lequel s'est écoulé seulement un peu de sang, est retiré au bout de quarante-huit heures. A aucun moment il n'y a eu de menace d'avortement et la malade est sortie du service onze jours après son opération. Aux dernières nouvelles (début de janvier), la grossesse continuait normalement.

Examen bactériologique du pus. — La trompe, fermée à chacune de ses extrémités par des pinces est portée au laboratoire de M. Grenet, nous demandons qu'on veuille bien examiner la nature bactériologique du pus et dire si le corps jaune de la grossesse est développé sur l'ovaire extirpé.

Le pus prélevé aseptiquement dans la trompe est ensemencé et examiné au microscope.

L'ensemencement a été fait sur deux tubes de gélose et deux tubes de gélose ascite : sur gélose ordinaire: à peine une ou deux taches grisâtres ; sur gélose ascite : deux ou trois colonies arrondies ayant l'aspect de colonies staphylococciques.

Examen microscopique. — Première lame : rares éléments microbiens, quelques staphylocoques. Un ou deux éléments en diplocoques, Gram positif, ayant l'aspect de pneumocoques.

Deuxième lame : nombreux staphylocoques en amas ; quelques diplocoques, Gram positif.

Troisième lame : quelques staphylocoques ; rares chaînettes de 5 à 6 éléments, et qui sont vraisemblablement des staphylocoques dissociés.

Conclusion. — Très minime flore microbienne.

Prédominance de staphylocoques : rares pneumocoques.

Examen histologique de la trompe et de l'ovaire. — Ovaire de dimension et d'apparence normales. Son centre est occupé en totalité par une masse unique ayant la consistance et l'aspect d'une gelée transparente de teinte ambrée. A l'examen histologique on a reconnu la structure d'un corps jaune typique ; en raison des dimensions énormes de ce corps jaune, on doit penser à un corps jaune de grossesse. On a donc en somme en procédant à l'ablation des annexes gauches enlevé le corps jaune de la grossesse.

OBSERVATION XXX

(Observation Tedenat, *Bull. Soc. Obst.*, janvier 1925, p. 80.)

Incision et drainage du Douglas
Grossesse normale quinze mois après

Femme robuste, ayant 6 grossesses et accouchements normaux (43 ans).

Septième accouchement normal, suivi au douzième jour de fièvre, douleurs, nausées. Au dix-septième jour, *incision et drainage du Douglas*. Environ un demi-litre de sérosité louche. Pas d'irrigation par le drain qui est enlevé le cinquième jour. Guérison suivie d'une *huitième grossesse* normale et terminée au vingt-quatrième mois suivant le drainage. La malade ménopausée, à 48 ans, jouissait d'une excellente santé. L'incision du Douglas fut pratiquée le 20 avril 1882 en présence du Dr Vallette sans le moindre incident.

OBSERVATION XXXI

(Observation Tedenat *Bull. Soc. Obst.*, janvier 1925, p. 80)

Incision du Douglas pour pelvipéritonite. Trois ans après, grossesse normale. Pelvipéritonite pendant les suites de couches. Guérison.

Mme Camille M..., 22 ans, mariée, en parfaite santé le 10 mai 1886.

Commence à souffrir le 10 juillet 1886. J'avais soigné son mari d'une blennorragie en 1877 à Lyon où il étudiait le droit. Mise au repos totale. Le 12 octobre 1886, poussée aiguë de pelvipéritonite avec fièvre, douleurs vives. Le 20 octobre *je fais l'incision du Douglas* qui donne un grand verre de sérosité purulente. Drainage pendant dix jours. Enveloppement abdominal à la Priessnitz. Pendant deux mois je fais, deux fois par semaine une columnisation glycérinée ; l'utérus se mobilise. Injection chaude (5 litres) matin et soir. Saison à Balaruc en juin 1887. Pansements vaginaux (columnisation et glycérine) pendant le mois de juillet. Règles normales, pas de pertes blanches. Utérus mobile. Le mari s'est soumis au traitement de sa gonorrhée (irrigations au permanganate, instillations argentiques, séances de Béniqué) et est guéri. Le *4 août 1889, accouchement normal*, mais suivi de menus incidents douloureux de *pelvipéritonite* qui cèdent entre cinq ou six semaines.

Pas d'autres grossesses malgré le grand désir d'en avoir. J'ai opéré d'appendicite, à l'âge de 18 ans, la jeune fille. La mère ménopausée à 45 ans jouit d'une bonne santé et n'a

jamais vraiment souffert depuis les légers incidents qui suivirent son accouchement. Elle était née belle et vigoureuse.

OBSERVATION XXXII

(Observation Tedenat, *loc. cit.*)

Abcès du Douglas

Colpotomie. Grossesse normale trois ans après

Mme Eugénie D..., 32 ans. Bien réglée (3-4 jours) dès l'âge de 12 ans. Accouchement normal et *post partum* régulier à 22 et 24 ans. A 26 ans, accouchement normal ; au dixième jour, fièvre, douleurs, nausées. Elle entre dans mon service, trois jours après : pouls 120, température 38°9. Priessnitz ; le lendemain je trouve tuméfaction molle du Douglas. Séance tenante je fais l'incision aux ciseaux, du cul-de-sac postérieur.

Sérosité louche, environ un grand verre. Avec le doigt je fais un décollement très prudent. Drain pendant cinq jours. Les douleurs sont calmées, la fièvre tombe. Priessnitz. Injections vaginales chaudes. La malade rentre chez elle au bout de cinq semaines (10 juillet 1893). Elle continue repos, injections chaudes, Priessnitz. Fait une saison à Balaruc en septembre 1893. Elle ne souffre pas, sauf au moment des règles, peu. L'utérus a repris sa mobilité normale (janvier 1894) ; règles normales ; pas de leucorrhée. On a de solides raisons pour exclure la gonococcie. *Le 12 décembre 1896 accouchement normal avec* post partum *sans complications.* Pas d'autres grossesses. Quelques douleurs lombo-sacrées pendant les deux ou trois jours qui précèdent les règles. Tout malaise a disparu depuis la ménopause survenue à 46 ans.

OBSERVATION XXXIII

(Observation Tedenat, *loc. cit.*)

Abcès du Douglas. Colpotomie
Grossesse normale deux ans après

Collection purulente du Douglas *incisée vingt-huit jours* après un accouchement normal. La température a varié de 37°8 à 40°5. Le pouls entre 100 et 130. Vomissements pendant deux jours. Ventre moins distendu depuis cinq jours. Environ un litre de pus fétide ; drain ; dès le lendemain du drainage pouls à 100, température à 37°2 et 38°4. Diminution notable des douleurs. Drain supprimé le septième jour. Priessnitz et injections vaginales chaudes continuées.

La constipation disparaît, l'appétit revient. La malade sort de la clinique après trente-deux jours, souffrant peu ; l'utérus est encore presque immobilisé (2 juin 1894). Elle continue chez elle repos, injections chaudes. Priessnitz. Saison à Balaruc en septembre 1894. Presque plus de douleurs et notable mobilisation de l'utérus. Traitement continué de novembre 1894 à mai 1895 avec pansements (columnisation), injection sirop d'iodure de fer. Etat général bon. Règles normales depuis novembre 1894. L'utérus a repris sa place sauf une légère rétroversion (11 heures) et une bonne partie de sa mobilité. Saison à Balaruc en juin. *Accouchement en janvier 1896 avec légère poussée fébrile au dixième jour* qui dura trois jours et parut très améliorée par un laxatif.

Pas de nouvelle grossesse, bien que désirée (1903). Il semble que la gonococcie pouvait être éliminée. L'explora-

tion vagino-abdominale ne permettait pas de sentir de dilatation en sacto-salpynx.

OBSERVATION XXXIV

(Observation L. Capette et Ch. Deve, *Bull. obs.*, mars 1925, p. 202.)

Grossesse au septième mois et salpingite insoupçonnée. Accouchement prématuré. Opération au quatrième jour du post partum. *Mort au huitième.*

Une II-pare de 26 ans très nerveuse, à eu deux ans auparavant des accidents génitaux caractérisés, dit-elle, par une vaginite et une métrite ayant nécessité un an de repos et de soins sur la nature desquels je n'ai pas de données précises. Elle a pu reprendre sa vie habituelle sans éprouver aucun inconvénient et, se croyant guéries, s'est mariée.

Quelques mois après son mariage elle commence une grossesse. Elle a eu au début, quelques vagues nausées qui ont rapidement et totalement disparu, si bien qu'elle ne se plaint absolument de rien au moment où je la vois pour la première fois, le 7 février 1924. L'examen qui n'est pas douloureux ne me révèle aucune particularité chez cette femme enceinte de près de quatre mois (dernières règles : 30 sept.-5 oct. 1923).

Je la revois le 7 mai. Elle ne se plaint de rien, mais signale qu'à la suite d'une des nombreuses promenades en auto que je n'ai pu la dissuader de faire, elle a eu, le 1er mai, quelques douleurs dans le bas-ventre : elles ont duré une heure ou deux et ont disparu sans laisser de traces. L'examen ne me

montre rien de particulier qui puisse me permettre de rattacher à une cause quelconque les douleurs ressenties quelques jours auparavant.

Le 19 mai, enceinte d'un peu plus de sept mois elle va à Mantes en auto, et revient le jour même sans incident. Mais le 20 dans la soirée, elle éprouve quelques malaises, et une vague sensibilité du bas-ventre ce qui ne l'empêche pas de dormir.

Le 21, elle est réveillée à 6 heures du matin par une vive douleur dans le bas-ventre, sans qu'elle puisse préciser le siège initial exact de la douleur. Un médecin qui la voit une heure plus tard pense à un début de travail possible, et fait une injection de sédol qui calme la douleur sans la faire disparaître cependant tout à fait. Cette femme reçoit le soir un lavement laudanisé. passe une assez bonne nuit, mais geint de temps en temps.

Le 22, dans la matinée elle recommence à souffrir de façon permanente, sans renforcements intermittents de la douleur et son médecin fait une nouvelle piqûre de sédol. Dans l'après-midi, la douleur devient plus forte si bien qu'une nouvelle piqûre de sédol est faite (c'est la troisième en 36 heures). Vers 7 h. 1/2 du soir les douleurs surviennent par crises, le médecin juge inutile maintenant de tenter d'enrayer ce qu'il pense toujours être un début de travail.

Vers 11 heures du soir je suis appelé auprès de cette malade qu'on me dit « avoir des douleurs toutes les trois minutes ». Je la trouve dans un état bizarre, moitié hébétude, moitié excitation ; son ventre est de bois et elle se plaint si vivement dès qu'on pose le doigt sur l'abdomen qu'il est absolument impossible de faire un palper ni même de déli-

miter l'utérus. Devant l'état étrange de cette malade, étant donné son grand nervosisme habituel et l'absence de signe de début de travail fourni par le toucher qui n'est pas douloureux, d'autre part l'excellence de son pouls (p. 78) j'engage cette malade au calme et reste dans une chambre voisine jusqu'à 4 heures du matin.

Je la revois à cette heure, durant toute la nuit elle a légèrement gémi, de temps en temps, mais son abdomen reste de bois et trop sensible pour qu'on puisse faire un examen ; un nouveau toucher montre qu'elle n'est pas en travail ; pouls excellent à 78. Je la revois à midi ; elle est dans le même état physique, et je dirai presque psychique. J'hésite entre deux diagnostics qui me paraissent à retenir : poussée d'hydramnios aigu et appendicite. Contre l'appendicite température 36°8, pouls 76, pas de vomissements, pas même de nausées. Je fais transporter cette malade dans une maison de santé, et la revois à 6 heures du soir ; cette femme souffre du ventre de façon continue avec renforcements intermittents de la douleur ; l'abdomen ne semble pas avoir augmenté de volume. Le col est un peu entr'ouvert, paraît diminué de longueur, et les membranes sont tendues lors de l'examen. Bien que l'extrémité céphalique, encore mobile soit facilement sentie par le toucher, je n'élimine pas encore le diagnostic d'hydramnios aigu, d'autant que la température est de 36°9. Comme cette malade commence à entrer en travail, je ponctionne les membranes au trocart et suis un peu surpris de ne recueillir que 300 grammes de liquide ; le diagnostic d'hydramnios aigu ainsi éliminé, je me rabats sur le diagnostic d'appendicite ; et pour évacuer aussi vite que possible et avec le moins de dégâts possibles péri-utérins, le con-

tenu de l'utérus je pose un gros ballon Boissard ; sans trop de douleurs, en trois heures et demie la femme accouche d'un garçon vivant de 1.780 grammes qui s'est très bien élevé par la suite et est actuellement bien portant. Délivrance spontanée 350 grammes.

L'évacuation utérine a beaucoup calmé les douleurs mais cette femme continue à souffrir, il est aisé maintenant de constater que le siège de la réaction douloureuse est la fosse iliaque droite : la femme ne souffre que dans cette région et sur la moitié droite de l'utérus, où la pression même légère réveille une douleur aussi vive que dans la fosse iliaque. Le diagnostic d'appendicite paraît s'imposer et c'est aussi celui de mon ami Capette qui a bien voulu venir voir cette malade le soir même à 10 heures.

Voici pour la partie chirurgicale de l'observation, la note que le Dr Capette m'a remise : « En présence d'une température normale d'un pouls à 78, bien frappé, d'un foyer qui paraît bien localisé, sans vomissements ; d'autre part étant donné le traumatisme causé par l'accouchement qui vient à peine de se terminer, je décide de différer l'intervention et la malade est mise sous surveillance, abdomen sous glace bien entendu.

Le 24 et le 25 la température et le pouls restent normaux ; le ventre est légèrement ballonné,il persiste malgré la glace une douleur sourde, spontanée dans la fosse iliaque interne : quelques éructations, pas de vomissements.

« Le 26,élévation du pouls,84,qui s'exagère dans la soirée, 90 en même temps que la température passe de 37°2 à 37°7 et que l'abdomen se ballonne davantage. Lochies normales. Je me tiens prêt à intervenir le lendemain matin si les signes

ne s'amendent pas ; et si le puerperium ne peut les expliquer.

« Le 27 au matin, l'ascension de la température depuis vingt-quatre heures (elle est à ce moment à 38°), du pouls depuis trente-six heures (il est passé à 104), l'augmentation du ballonnement abdominal, l'altération marquée de l'état général font que je pratique une incision dans la fosse iliaque droite en vue d'établir le drainage d'une collection que nous croyons à point de départ appendiculaire. A l'ouverture de l'abdomen, liquide de réaction bouillon sale, mais appendice trouvé non altéré. L'exploration vers le pelvis montre qu'il existe là du pus en plus grande abondance, pus sans grande odeur, au contact de poches salpingiennes volumineuses. L'état de la malade est tel que je ne puis songer à pratiquer l'extirpation et je me contente après un léger nettoyage à la gaze imbibée d'éther, d'établir un drainage du Douglas.

« Les suites immédiates sont presque satisfaisantes : température et pouls diminuent parallèlement dès le premier soir en même temps que la malade dit souffrir moins et repose un peu.

« Le 28 et 29 la détente continue à se manifester et il semble permis d'avoir un peu d'espoir.

Dans la nuit du 29 au 30, la malade ayant un peu glissé dans son lit prie son mari de la remonter ; au cours de cette manœuvre la malade accuse une vive douleur dans le bas-ventre, et le tableau change immédiatement : nous voyons la malade le matin en pleine septicémie péritonéale et le soir même elle succombe.

OBSERVATION XXXV

(Observation par MM. L. Capette et Sureau
Bull. Soc. Obst. et Gyn., mars 1925, p. 206.)

Grossesse au sixième mois et demi. Salpingite insoupçonnée ayant provoqué un accouchement prématuré. Péritonite se généralisant seize jours après opération. Guérison.

Amélioration pendant huit jours. Marche régulière vers guérison.

Mme L..., âgée de 34 ans, réglée à 11 ans, n'a aucun passé génital appréciable ; elle est amenée à la maternité de Lariboisière le 4 décembre 1924, parce que enceinte de six mois (D. R. 1er juin), elle souffre de très vives douleurs abdomino-pelviennes.

Le début des douleurs remonte au 20 novembre ; elles siègent à droite en pleine fosse illiaque avec extension vers l'ombilic ; variables dans leur intensité elles ne s'accompagnent d'aucun trouble : pas de vomissements. Peu à peu les douleurs diminuent et un médecin, consulté huit jours après conseille d'attendre, pensant qu'il s'est agi de contractions utérines par début de travail. Mais le 4 décembre, nouvelle crise de douleurs plus vives, d'où le transport à Lariboisière. La température, le 5 est à 40 degrés : mise en observation pendant quelques jours la malade accouche spontanément, prématurément, à six mois et demi le 10 décembre. Les jours suivants alors que tout paraît évoluer normalement dans la sphère génitale, l'attention est attirée de plus en plus vers la fosse illiaque droite où le palper réveille toujours de la douleur et permet de sentir un empâ-

tement profond, d'où le diagnostic porté d'appendicite avec gâteau de réaction péritonéale. Sortie sur sa demande le 20 décembre la malade va de mieux en mieux jusqu'au 26 décembre au soir. Elle est prise à nouveau de douleurs très violentes dans le bas-ventre, et surtout à droite ; d'où un nouveau transport à la Lariboisière où elle entre d'urgence dans la nuit, seize jours après l'accouchement.

Examen à l'arrivée. T. 38°6, pouls a 90 bien frappé. Etat général médiocre. Pas de vomissements, mais contracture pariétale dans la région appendiculaire. Culs-de-sac vaginaux un peu douloureux mais libres.

Mise en observation avec glace sur l'abdomen. Revue deux heures après le tableau a changé : T. 39° 6, pouls 110 un peu irrégulier ; facies altéré, grippé, malade dyspnéique ; la contracture a augmenté d'intensité, elle occupe tout le bas-ventre, qui est le siège d'un hyperesthésie cutanée.

On songe à l'extension péritonéale par rupture d'abcès péri-appendiculaire, dans les suites de couches et on procède à l'opération sous-anesthésie à l'éther.

Incision dans la fosse illiaque droite, à l'ouverture du péritoine écoulement abondant de pus fétide ; épiploon épaissi, recouvert de fausses membranes ; cæcum rouge vineux haut situé, au-dessous duquel existe une masse arrondie rouge violacée on ne voit pas l'appendice et on explore le petit bassin. Utérus gros, annexes gauches un peu augmentées de volume ; à droite la masse adhère dans le bas de la fosse illiaque droite se continue par un pédicule qui la relie à l'utérus. Il s'agit donc de la trompe droite augmentée de volume. La ponction de la poche donne du pus vert, plus épaissi que celui de la grande cavité. Incision

de la poche, vidage à la compresse, nettoyage à l'éther 2 mèches dans cette poche, un drain dans le Douglas, un autre dans la fosse illiaque.

Suites opératoires ; ablation des drains et mèches le cinquième jour ; le calme péritonéal est complet, mais congestion pleuro-pulmonaire d'origine grippale, guérie au dix-huitième jour. Apyrexie pendant dix jours, puis embolie septique au bas du poumon droit (douleur brusque, dyspnée, accélération du pouls, signes stétoscopiques d'infractus volumineux, crachats hémoptoïques, réaction pleurale les jours suivants vérifiée par ponction. Actuellement l'état général est bon, il persiste un suintement par une petite fistule siégeant au tiers inférieur de la cicatrice. Abdomen souple et indolore, utérus en antéflexion, de volume normal, culs-de-sac souples. La malade devra être opérée dans quelques semaines.

OBSERVATION XXXVI

(Observation Laurentie

Bull. Soc. Obst. et Gyn. juin 1925, p. 494.)

Grossesse compliquée de salpingite gauche
Ablation des annexes gauche. Guérison

S. M..., Libanaise, âgée de 30 ans, entre à la maternité française le 31 janvier 1924 pour de violentes douleurs du bas-ventre. Un accouchement antérieur il y a cinq ans, à la suite duquel elle a fait des phénomènes inflammatoires douloureux. Les règles sont devenues très irrégulières avec des retards fréquents. Depuis un mois les douleurs se sont accrues et la malade demande a être soulagée.

Etat général bon ; pas de réaction fébrile ; au toucher vaginal nous trouvons deux masses, l'une à gauche d'un utérus normal et de mobilisation douloureuse, l'autre à droite et en arrière du volume d'une orange immobile et très douloureuse à la pression. Notre diagnostic est celui de salpinx repoussant l'utérus à gauche.

La laparotomie faite le 1er février nous montre que la masse droite est en réalité un utérus gravide de deux mois, fortement adhérent en arrière à la partie antérieure du rectum. La masse gauche est constituée par une annexite plaquée contre la paroi latérale du bassin. Annexes droites normales. Libération aux ciseaux des adhérences utérines, ablation des annexes gauches par libération de dedans en dehors, l'isolement primitif du pédicule utéro ovarien étant impossible. Suites normales. Morphine. La malade quitte le service quinze jours après complètement soulagée et la grossesse continue son cours.

OBSERVATION XXXVII

(Observation personnelle.)

Mlle H..., 16 ans, entre le 26 septembre 1925 à l'hôpital Bichat dans le service du docteur Baudet parce que, enceinte de deux mois, elle souffre dans la fosse illiaque gauche.

Ses dernières règles datent du 20 au 29 juillet et furent douloureuses contrairement aux menstruations précédentes. Aucune fausse-couche avouée. Aucune douleur abdominale antérieure.

Lors de ses dernières règles, éruption de taches rosées, céphalée, chute abondante de cheveux. Syphilis probable.

A la fin d'août pertes jaunâtres abondantes empesant le linge ; rapports douloureux.

A l'entrée dans le service : température 38°3, pouls 100 ; douleurs spontanées aiguës dans le bas-ventre surtout à gauche avec irradiation dans la cuisse. Au palper abdominal, on révèle la douleur sus-pubienne. Le toucher est douloureux. Pertes jaunâtres. Vaginite. Utérus gravide de deux mois de consistance et de situation normale, col long fermé ; les culs-de-sac gauches et postérieurs sont comblés par un empâtement très douloureux.

Le lendemain : température 38°6 puis les jours suivants chute a 37°5. Après une quinzaine de jours l'empâtement latéro et rétro-utérin a diminué de dimensions, mais reste toujours douloureux.

La grossesse évolue normalement, la malade quitte le service sur sa demande.

OBSERVATION XXXVIII

Grossesse extra-utérine et pyosalpinx double

G. Aigrot, dans la séance du 21 février 1924 à la Société de chirurgie de Lyon, rapporte qu'ayant trouvé deux pyosalpinx volumineux dans un cas de grossesse ectopique, qu'il se demande dans ce cas par où le germe fécondant a pu passer à moins d'admettre que les pyosalpinx se soient formés après la fécondation.

OBSERVATION XXXIX

(Obs. Gueniot, in *Bull. Soc. d'obst. et Gyn.*, janvier 1925, p. 38).

Lésion inflammatoire annexielle au cours d'une grossesse. Résection de l'ovaire. Guérison. Evolution normale de la grossesse.

Je suis intervenu une fois au cours d'une grossesse, âgée de trois mois et demi pour une lésion inflammatoire annexielle : Il s'agissait non de la trompe mais de l'ovaire. Mais j'ai pratiqué cette opération sur une erreur de diagnostic : J'avais cru à un kyste de l'ovaire. Je trouvai un gros ovaire sclérokystique. Je fis une résection partielle cunéiforme de l'ovaire, enlevant la partie malade et suturant le reste de l'organe par un surjet de catgut. Les suites furent extrêmement simples et je revis l'opérée deux mois plus tard, la gestation poursuivait son cours et était à ce moment de cinq mois et demi.

OBSERVATION XL

(Observation Goldenberg-Bayes, *Gynecologia si obstetrica*, nov.-déc. 1922. Résumée par Vignes. *in G. et O.*, 1924, n° 5, p. 490).

Une femme de 36 ans entre dans le service du professeur C. Daniel ; elle a une annexite gauche ; elle est enceinte et présente une poussée génitale suivie d'une annexite du côté opposé.

Trois semaines plus tard, elle avorte, expulsant un œuf complet contenant un embryon de deux mois.

Suites apyrétiques. Traitement médical.

CONCLUSIONS

L'association salpingite et gestation est exceptionnelle.

Il s'agit la plupart du temps de salpingite chronique qui peut permettre à la gestation d'évoluer sans incident.

Elle se manifeste habituellement par des douleurs. Elle peut exceptionnellement, lorsquelle se complique d'adhérences péri-utérines étendues, déterminer des déviations utérines irréductibles, susceptibles de rendre impossible l'accouchement par les voies naturelles.

Les salpingites aiguës plus rares sont plus bruyantes de par leur réaction péritonéale. Elles peuvent imposer une intervention immédiate.

L'avortement aussi bien dans les salpingites chroniques que dans les salpingite aiguës est fréquent.

La salpingite tuberculeuse est une forme clinique spéciale ; l'évolution des lésions locales est activée. La généralisation est possible.

Le diagnostic difficile, à moins d'antécédents très précis, est surtout un diagnostic d'intervention.

Vu : le Président de la thèse,
COUVELAIRE

Vu : le Doyen,
H. ROGER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris.
P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Faisant suite au travail de Brindeau et à la Thèse de Feuillade

Bindeau. — *Les salpingo-ovarites compliquant la grossesse* (Arch. mens. d'Obst. et de Gyn., 1917, page 1)

Feuillade. — *La tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité.* Thèse Nancy, juillet 1924.

Aigrot. — Soc. de chirurgie de Lyon, 21 février 1924.

Arnold. — Grossesse après annexite bilatérale grave (Z.f.G., 28 janvier 1922, p. 139).

Auvray. — Bull. Soc. Gyn. et Obst., I. 1925, p. 34.

Baudet. — Thèse Paris, 1921. Contribution à l'étude de l'influence de la grossesse sur les salpingo-ovarites.

Capette et Devé. — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 3, 1925, p. 202.

Capette et Sureau. — Bull. Soc. Gyn. et Obst., 3, 1925, p. 206.

Crivelli. — Thèse Paris, 1920.

Derchef. — Bull. Soc. Obst. Gyn., 8, 1924, p. 617.

Fruhinsholz. — Bull. Soc. Obst. Gyn., 8, 1924, p. 683 (également *in* thèse Feuillade).

Golœnberg-Bayer. — Ginecologia si obstetrica, nov.-déc. 1922.

Grimault et Burg. — Bull. Soc. Obs. et Gyn., 1922, p. 511.

Gueniot. — Bull. Soc. Obs. et Gyn., 1, 1925, p. 38.

Guillemin. — Grossesses extrautérines bilatérales successives (Bull. Soc. Obs. Gyn., 1, 1925, p. 107).

Heully. — Bull. Soc. Obs. Gyn., 7, 1924, p. 540. (in thèse Feuillard).

Keller. — Grossesse tubaire récidivante dans la même trompe (La Gynécologie, juin 1922, p. 343).

Kock. — Z. f. Gynacologie, 31 mars 1923, p. 514.

Laurentie. — Bull. Soc. Obs. Gyn., 6, 1925, p. 494.

Limouzin-Lamotte. — Accidents septiques de salpingo-ovarites pendant la gestation. Thèse Paris, 1924.

Ottow. — Grossesse après salp. bilatérale et abcès du Douglas (Z. f. G., 2 septembre 1922, p. 1406).

Richter. — Compl. de la grossesse et annexes enflammées, (Z. f. G., 10 mars 1923, p. 393).

Sigwart. — Grossesse extra-utérine à répétition du même côté (Z. f. G., 18 mai 1922, p. 690).

Tevenat. — Bull. Soc. Obs., 1, 1925, p. 80.

Wagner (Ch.). — Annexite double et grossesse. Thèse de Strasbourg, 1920.

Wilson-Ramsay (P.). — Grossesse normale après opération pour G. E dans les deux trompes (Proceeding of the royal society of med., avril 1924, t. XVII, p. 53).

916 - Imp. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris - 12-25